



مجلة كلية الآداب

مجلة دورية علمية محكمة

نصف سنوية

العدد التاسع والأربعون

أبريل ٢٠١٨

مجلة كلية الآداب.. مج ١، ع ١ (أكتوبر ١٩٩١م).
بنها : كلية الآداب . جامعة بنها، ١٩٩١م
مج؛ ٢٤ سم.
مرتان سنويا (١٩٩١) وأربعة مرات سنويا (أكتوبر ٢٠١١) ومرتان سنويا (٢٠١٧)
١ . العلوم الاجتماعية . دوريات . ٢ . العلوم الإنسانية . دوريات.

مجلة كلية الآداب جامعة بنها
مجلة دورية محكمة
العدد التاسع والأربعون
الشهر : أبريل ٢٠١٨
عميد الكلية ورئيس التحرير : أ.د/ عبير فتح الله الرباط
نائب رئيس التحرير : أ.د/ عربى عبدالعزيز الطوخى
الإشراف العام : أ.د/ عبدالقادر البحراوى
المدير التنفيذى : د/ أيمن القرنفلى
مديرا التحرير : د/ عادل نبيل الشحات
د/ محسن عابد محمد السعدنى
سكرتير التحرير : أ/ إسماعيل عبد اللاه
رقم الإيداع ٦٣٦١ : ٦٣٦٣ لسنة ١٩٩١
1687-2525: ISSN

المجلة مكشفة من خلال اتحاد المكتبات الجامعية المصرية
ومكشفة ومتاحة على قواعد بيانات دار المنظومة على الرابط:

<http://www.mandumah.com>

ومكشفة ومتاحة على بنك المعرفة على الرابط:

<http://jfab.journals.ekb.eg>

هئية تحرير المجله

عميد الكلية ورئيس مجلس الإدارة
ورئيس التحرير

أ.د/ عير فتح الله الرباط

نائب رئيس التحرير

أ.د/ عربي عبدالعزيز الطوخي

الإشراف العام

أ.د/ عبدالقادر البحراوي

المدير التنفيذي

د/ أمين القرنفيلي

مدير تحرير المجله

د/ عادل نبيل

مدير تحرير المجله

د/ محسن عابد السعدني

سكرتير التحرير

أ/ إسماعيل عبد اللاه

**السلوك الصحي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى عينة من
مرضى السكر من النوع الثاني في ضوء بعض المتغيرات
الديموغرافية
(دراسة إرتباطية مقارنة)**

**د / هبة فتحي النادي
مدرس علم النفس
كلية الآداب - جامعة عين شمس**

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن علاقة السلوك الصحي بالرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى السكر من النوع الثاني في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، كما حاولت الكشف عن الفروق في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى عينة مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً " للنوع - السن - مدة الإصابة بالمرض". وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) مريض بالسكر من النوع الثاني (٥٠ ذكور - ٥٠ إناث)، وقد طبق عليهم مقياسين هما: مقياس السلوك الصحي من إعداد الباحثة، مقياس الرضا عن الحياة إعداد مجدي الدسوقي (١٩٩٩). وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين بعض الأبعاد الفرعية للسلوك الصحي وبعض الأبعاد الفرعية للرضا عن الحياة، كما وجدت فروق في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لصالح عينة الإناث، ووجود فروق في السلوك الصحي تبعاً لمتغير السن لصالح ٤٥ عاماً فأكثر، كما وجدت فروق في السلوك الصحي والرضا عن الحياة تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض لصالح أقل من ٧ سنوات.

مقدمة:

تعتبر الأمراض المزمنة من بين الأمراض التي تهدد صحة الأفراد في العصر الحالي خصوصاً مع زيادة إنتشارها نتيجة لتغير النظام الغذائي وطبيعته، وكذا تغير نمط المعيشة بأكمله إلى أسلوب تقل فيه النشاطات الحركية وتزداد فيه الضغوط النفسية، ومن أمثلة الأمراض المزمنة وأكثرها إنتشاراً مرض السكري الذي يعد واحداً من أكثر الأمراض إنتشاراً في العالم حيث يبلغ عدد المصابين به وفقاً لأطلس ١٩٤ مليون فرد بنسبة ٥.١% من عدد الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (٢٠-٧٩) عاماً. وسيزداد هذا العدد في عام ٢٠٢٥ إلى ٣٣٣ مليون فرداً بنسبة ٦.٣%، كما يبلغ عدد الأفراد المرشحين للإصابة بالمرض ٣١٤ مليون فرداً بنسبة ٨.٢% من عدد الأفراد الذين تتراوح بين (٢٠-٧٩) عاماً، وسيزداد هذا العدد في عام ٢٠٢٥ إلى ٤٧٢ مليون فرداً بنسبة ٩% . **(International diabetes Federation, 2013:7)** أما عن إنتشار مرض السكر في مصر فيصنف أطلس مرض السكر مصر بوصفها واحدة من أكثر (١٠) دول في العالم من حيث عدد مرضى السكر، وفي القائمة الخاصة بعام ٢٠١٣ تحتل مصر المرتبة العاشرة عالمياً وفيها ٣.٩ مليون مريض، أما في قائمة عام ٢٠٢٥ فتصبح مصر في المرتبة الثامنة بعدد مرضى سيصل إلى ٧.٨ ملايين مريض. **(International diabetes Federation, 2013:10)** ويُعد مرض السكر السبب السابع المؤدي إلى الوفاة في الولايات المتحدة الأمريكية لعام ٢٠١٠، حيث تسبب في وفاة ٧٢.٥٠٧ ألف فرداً بشكل مباشر (بنسبة ١٠-١٥%) من الوفيات، وفي وفاة ٢٣٣.٦١٩ ألف فرداً بشكل غير مباشر (بنسبة ٣٥-٤٠%)، بينما يُعد مرض السكر السبب الرابع المؤدي إلى الوفاة في معظم الدول النامية. **(International diabetes Federation, 2013:10)** ولقد ركز الباحثون إهتماماتهم على السلوك الصحي وعلاقته بالأمراض المزمنة مثل "إرتفاع ضغط الدم- السكر- تصلب الشرايين.."، فإذا اعتبرنا السكري

ممثلاً لهذه الأمراض المزمنة، فإن عدم إمتثال المصاب به بالسلوك الصحي يتمثل في: "عدم إحترام الغذاء الصحي ٣٥-٧٥%، أخطاء العلاج الصحي ٢٠-٨٠%، عدم إنتظام فحص الدم ٣٠-٧٠%، عدم العناية بالقدمين ٢٣-٥٢%، إنخفاض النشاط الرياضي ٧٠-٨١%". كما ترتبط هذه الأمراض المزمنة بمتغيرات عديدة نفسية إجتماعية وديموغرافية مثل السن والجنس والوظيفة والغذاء والسكن والضغوط النفسية، ومستوى التعليم والثقافة السائدة وتصورات الصحة والمرض والتدين، وكذا ببعض المتغيرات الشخصية مثل كفاءة الذات، وأساليب مواجهة الضغوط والإستعدادات الوراثية. (يوسف الكندري، ٢٠٠٣: ٤٥).

هكذا يتبين لنا مدى صعوبة الرعاية الصحية للمريض المزمن بسبب تداخل العوامل الشخصية والإجتماعية والبيئية. غير أن الدور الذي يلعبه السلوك الصحي في الأمراض المزمنة أصبح هو المنطلق الرئيسي لمحاولات التدخل من أجل تغيير السلوك الهدّام. وتحسن نوعية الحياة لدى المرضى. (Colleene, ea al 2000:193)

مشكلة الدراسة: يقف مرض السكر وراء إزدياد نسبة الوفيات بين الأفراد في العالم خاصة في البلدان الفقيرة في مجال الصحة، وكما تشير الإحصائيات العالمية إلى وفاة حوالي ٣.٤ مليون نسمة نتيجة إرتفاع نسبة السكر في الدم، وأكثر من ٨٠% منها تحدث في الدول النامية، وقد يعود هذا الإرتفاع في نسب الوفيات بين الأفراد بسبب الإصابة بالسكري إلى مجموعة التعقيدات الصحية والمضاعفات ذات الخطورة التي يشكلها على صحة الأفراد المصابين به، حيث يصنف مجموعة الأسباب الرئيسية لفقدان البصر والإصابة بالعجز الكلوي، كما يعرض حياة ٨٠% من المصابين للموت بسبب إرتباطه بالأمراض القلبية الوعائية. (Siddiqui, et al 2013:14) وإن كان مرض السكري يتقل كاهل الرعاية الصحية وله دلائل خاصة على الأفراد الذين يعانون منه، فإن شخصية الفرد وخصائصها قد تعتبر من العوامل

الأساسية المساهمة في الإصابة بالمرض والمساعدة على إتباع نمط سلوك صحي ملائم، وهذا يفتح المجال إلى التساؤل عن وجود متغيرات نفسية وإجتماعية قد تدعم قدرة الفرد على المواجهة الإيجابية، فبقاء الفرد في صحة جيدة أو إصابته بالمرض أمر يرتبط بتنظيم الشخصية وإستعداداته، فيمكن لدوافع الفرد أن تؤثر على شخصيته. (Alba,2008:53) كما تؤدي الإصابة بمرض السكري إلى صدمات نفسية، والشعور بالضغط النفسي الناتج عن تغيير نمط الحياة، مما يدفع بالفرد المصاب إلى إستجابات سلوكية مضطربة مثل العدوانية، أو الإكتئاب، أو صعوبات في التفاعل مع الآخرين. مما ينجم عنه غالباً الأنطواء، وتدنٍ في مستوى تقدير الذات. وهنا يأتي الدور المهم والفعال للأطباء والمتخصصين في مجال الإرشاد النفسي، إلى مساعدة هذه الفئة لتحسين نوعية حياتهم ورضاهم عنها، مما يساعدهم على زيادة القدرة على التحكم بمرضهم، لأن إرتفاع السكر بالدم يسبب ضرراً شديداً للأنسجة، وبترافق مع مضاعفات طويلة المدى قد تسبب في حدوث مشاكل مزمنة وفي الوفاة المبكرة. (الإتحاد الدولي لمرض السكري، ٢٠١٣) ومما سبق يتبين أن تحسين الحالة النفسية لمرضى السكري يُعد أمراً في غاية الأهمية، لأنه يزيد من تقبل المريض لنفسه ولمرضه ووضعه الصحي ويعطيه أملاً في الحياة. لينعم بحياة حسنة يسعى من خلالها إلى تحقيق طموحه في الحياة، بدلاً من الإنشغال الدائم بمرضه. وهذا ما دفع الباحثة إلى دراسة السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني. إذ يمثل الرضا عن الحياة مفهوماً واسعاً يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية المرتبطة بالحالة النفسية للفرد، ومدى الإستقلال الذي يتمتع به. والعلاقات الإجتماعية التي يكونها فضلاً عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها (Bonomi, et al,2002:12) وإنطلاقاً من كل ماسبق ذكره، جاءت دراسة البحث الحالي لتحاول التعرف على العلاقة الإرتباطية بين السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، وذلك من خلال طرح التساؤلات الآتية:

- ١- هل توجد فروق دالة إحصائياً في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً للنوع؟
- ٢- هل توجد فروق دالة إحصائياً في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً للسن؟
- ٣- هل توجد فروق دالة إحصائياً في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً لمدة الإصابة بالمرض؟
- ٤- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني "الذكور - الإناث"؟

أهمية الدراسة: تتدرج هذه الدراسة ضمن موضوعات علم النفس الطبي **Medical Psychology** وهو من المجالات الحديثة نسبياً والتي مازالت بحاجة إلى مزيد من الدراسات، خاصة في البيئة المصرية والعربية. كما تكمن أهمية الدراسة في تسليط الضوء على هذه الشريحة من المجتمع لكثرة المصابين بهذا المرض، لأن مرض السكر أصبح داء العصر، يعاني منه الكثير من الناس، ومعرفة حقيقة المعاناة المرة التي تعيشها هذه الشريحة ومدى تقبلهم لمرضهم، فهم يقومون بمقارنة أنفسهم مع الآخرين (العاديين). إضافة إلى الكشف عن المشكلات النفسية والاجتماعية لهذه الفئة. فمرض السكر المزمن يجعلهم منعزلون عن الآخرين المحيطين بهم بسبب حالتهم النفسية المتدهورة ويعود ذلك لأنهم يؤمنون بفكرة أن هذا المرض مزمن، يدوم مدى الحياة. ومن ناحية أخرى تحتل مسألة السلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة ليس فقط فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب وإنما بالجوانب النفسية أيضاً. وتعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة والتنمية لها والإتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد المساعدة على تحديد العوامل والإتجاهات المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها، وينعكس في النهاية على النمو الصحي وتخطيط تنميته وتطوير برامج الوقاية المناسبة. أما عن الأهمية

التطبيقية تكمن في محاولتها إقتراح أداة مناسبة لقياس السلوك الصحي لدى مرضي السكر ويمكن الإستفادة منها في مجال العمل الإكلينيكي

أهداف الدراسة: تتمثل أهداف الدراسة الحالية في الكشف عن العلاقة الإرتباطية بين السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى عينة من مرض السكر، بالإضافة إلى فحص الفروق في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى السكر تبعاً للنوع-السن-مدة الإصابة بالمرض.

مفاهيم الدراسة : ١- السلوك الصحي Health Behavior

ظهر البحث في السلوك الصحي منذ خمسينات القرن الماضي (١٩٥٠) وشهد إزدهاراً في منتصف السبعينات، حيث توجه الممارسون إلى الممارسات والتدخلات الصحية بين المجموعات الخاصة بالسن والتي في خطر، ويتعلق البحث في السلوك الصحي بطرق التدخلات التي تؤثر في السلوكيات الصحية للأفراد فهو يختلف عن الطب السلوكي لأنه متعلق بفهم الصحة البدنية والمرض وتطبيق هذه المعرفة في الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل-Bruchon)

(Schweitzer, 2002:122) ولقد أعطيت تعريفات عديدة للسلوك الصحي تتميز بكونها جامعة ومتنوعة حيث عرف سامر جميل ٢٠٠١ السلوك الصحي بأنه جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى إستخدام الخدمات الطبية. وفي نفس العام أشار يخلف ٢٠٠١ إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية لدى الفرد. ويشير تايلور ٢٠٠٨ في هذا الصدد إلى أن السلوك الصحي هو تلك السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم من خلال ممارسة عادات صحية إيجابية. فالسلوك الصحي هو كل ما يقوم به الفرد لحماية وتنمية حالته الصحية وذلك من خلال ممارسة عادات صحية. أما التعريف الإجرائي الذي تعتمد عليه الباحثة في هذه الدراسة هو: تلك السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز

وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم من خلال ممارسة عادات صحية إيجابية سواء من خلال إتباع نظام غذائي مناسب كتقليل نسبة السكر والأملاح في الطعام أو العناية بالصحة الجسدية "الشخصية" كالعناية بنظافة الجلد والقدمين أو اللجوء إلى العقاقير في الوقت المناسب فقط وإستقرار حياة الفرد النفسية والاجتماعية والقدرة على إصدار الأحكام.

المتغيرات المؤثرة في ممارسة وتغيير السلوكيات الصحية:

إن تغيير وممارسة السلوكيات الصحية يعتمد على مجموعة من المتغيرات المتمثلة في:

- ١- **العوامل الديموغرافية:** تختلف العادات الصحية باختلاف العوامل الديموغرافية، فقد أثبتت الدراسات أن الأشخاص الأقل سناً والأكثر ثراءً وتعليماً والأقل تعرضاً للضغوط والأكثر حصولاً على المساعدة الاجتماعية، يمارسون عادات صحية جيدة أكثر من أولئك الأشخاص الذين يتعرضون إلى مستويات أعلى من الضغط.
- ٢- **العمر:** يتغير سلوك الفرد الصحي مع التقدم في العمر، فالعادات الصحية تكون جيدة في مرحلة الطفولة وتتدهور في مرحلتي المراهقة والشباب، ثم تعود لتحسن مرة أخرى في الأعمار المتقدمة.
- ٣- **القيم:** إن للقيم التي يتبناها الأفراد تأثيراً على السلوكيات الصحية التي يمارسونها، فمثلاً ممارسة النشاط الرياضي من طرف النساء من الأمور المرغوبة في بعض الثقافات، ولكنها لا تُعد كذلك في ثقافات أخرى مما يؤدي إلى إختلاف نمط النشاط الذي تقوم به النساء في مختلف الثقافات.

- ٤- **الضبط الذاتي:** إن وجود وعي لدى الفرد بأن وضعه الصحي يتقرر بما يمارسه من ضبط ذاتي على سلوكه له دور في تقرير السلوكيات الصحية التي يتبعها، فقد توصلت دراسة **Wallston2008** إلى أن الأفراد الذين يحملون قناعات مسبقة بأن وضعهم الصحي يخضع لسيطرتهم الذاتية يكون لديهم قابلية أكبر لممارسة

السلوكيات الصحية الجيدة، من أولئك الذين يعتقدون بأنهم لا يملكون السيطرة على وضعهم الصحي.

٥- **المؤثرات الإجتماعية:** تتدخل التأثيرات الإجتماعية في تقرير السلوكيات والعادات الصحية التي يتبعها الفرد، فالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل يمكن أن يؤثروا جميعاً في تقرير السلوكيات الصحية التي يتبعها الفرد (Albright, T.L.2011:360).

٦- **الأهداف الشخصية:** ترتبط السلوكيات الصحية إرتباطاً وثيقاً بالأهداف الشخصية فمثلاً إذا كان تحقيق اللياقة البدنية يشكل هدفاً مهماً بالنسبة للفرد فإنه سيكون أكثر ميلاً لممارسة الرياضة بشكل منتظم.

٧- **الأعراض المدركة:** يحدث التحكم في بعض السلوكيات الصحية بسبب وجود بعض الأعراض التي تدعو إلى ذلك كما هو الحال عند الإصابة بالمرض المزمن، فالمرض يستوجب تغيير العادات الصحية حتى يتجنب المريض مضاعفات المرض.

٨- **إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية:** إن سهولة الوصول إلى المؤسسات المُكلفة بتقديم الرعاية الصحية يؤثر أيضاً في السلوكيات الصحية التي يتبعها الفرد، وفي حالة المرض المزمن كمرض السكر فإنه يتم تشجيع بعض السلوكيات الصحية كفقدان الوزن والتوقف عن التدخين

٩- **العوامل المعرفية:** ترتبط أيضاً ممارسة السلوكيات الصحية بالعوامل المعرفية كالاعتقاد بأن ممارسة صحية معينة ضرورية أو إحساس الفرد بأنه يصبح عرضة لأمراض خطيرة إذا لم يراع ممارسة سلوكيات صحية معينة. (تايلور، ٢٠٠٧) ويذكر الباحثون أن فهم هذه العوامل من شأنه أن يساعد في تطوير وتخطيط برنامج أكثر واقعية لترقية الصحة والوقاية من الأمراض، ومع ذلك من أجل بناء برنامج أكثر فاعلية لتحسين الصحة لابد من النظر إلى أن العوامل المؤثرة في السلوك الصحي

على أنها عوامل تكاملية تعمل معاً في تحديد الحالة الصحية للفرد، فمثلاً يولد الفرد وله استعداد وراثي للإصابة بمرض السكر (عامل شخصي)، فإذا ماتعرض لصدمة في المحيط الاجتماعي أو البيئي فإن إمكانية ظهور المرض عنده تتضاعف بشدة .
(Taylor, S.E. 2003)

٢- الرضا عن الحياة **Life Satisfaction** إن مفهوم الرضا عن الحياة هو أحد مؤشرات أو دلالات الصحة النفسية الذي اهتمت بها الدراسات اهتماماً كبيراً، ويعود بدء استخدام هذا المفهوم إلى بداية الثلاثينيات من القرن العشرين، وهناك العديد من جوانب الحياة التي لها تأثير في رضا الناس الذاتي عن حياتهم والتي تسهم في مشاعرهم عن رضاهم عن الحياة وتشمل هذه الجوانب: الصحة -الراحة المادية- العلاقة الحميمة- الأطفال- الأسرة- الدراسة- العمل .. ويعرف شعبان جاد الله وآخرون ٢٠٠١ الرضا عن الحياة بأنه درجة تقبل الفرد لذاته بما حقق من إنجازات في حياته الماضية والحاضرة ويفصح هذا التقبل عن نفسه في توافق الفرد مع ذاته والآخرين وجوانب الحياة المختلفة ونظرته المتفائلة عن المستقبل. أما أماني عبد المقصود ٢٠٠٧ تعرفه بأنه حالة داخلية يشعر بها الفرد وتظهر في سلوكه وإستجاباته وتشير إلى ارتياحه وتقبله لجميع مظاهر الحياة من خلال تقبله لذاته ولأسرته والآخرين وللبيئة المدركة وتفاعله مع خبراته بصورة متوافقة. ومن خلال التعريفات السابقة لمفهوم الرضا عن الحياة يمكن القول بأنها جميعاً تتفق في أن الرضا عن الحياة عبارة عن حالة شعورية فردية يشعر بها الفرد تجاه جوانب متعددة من حياته أو تجاه حياته بشكل عام، وكما يظهر أنها تأخذ منحى إيجابياً في الشعور وما يترتب عليه من سلوك إيجابي نحو الإقبال على الحياة والعمل نحو تحقيق الأهداف وإشباع الرغبات والحاجات للوصول إلى حالة من الاستقرار والطمأنينة. أما التعريف الإجرائي الذي تعتمد عليه الباحثة في هذه الدراسة هو: حالة يشعر من خلالها الفرد بالسعادة والروح المعنوية المرتفعة والطمأنينة وعلاقاته الاجتماعية

العدد التاسع والأربعون ٢٦٠
أبريل ٢٠١٨

الناجحة مع الآخرين والرضا عن نفسه وعن الحياة بالإضافة إلى إستقراره النفسي وتقدير الآخرون له وثقتهم في قدراته.

نظريات الرضا عن الحياة: هناك العديد من النظريات التي حاولت فهم الرضا عن الحياة، وقد اختلفت هذه المدارس باختلاف أصحابها ومنها على سبيل المثال:

أولاً : نظرية التكيف والتعود Adaptation Theory تتلخص هذه النظرية في فرضية أن الأفراد يتصرفون بشكل مختلف تجاه الأحداث الجديدة التي تمر عليهم في حياتهم، وذلك اعتماداً على نمط شخصياتهم، وردود أفعالهم وأهدافهم في الحياة، ولكن نتيجة التعود والتأقلم مع الأحداث ومع مرور الوقت فإنهم يعودون إلى النقطة الأساسية التي كانوا عليها قبل وقوع الأحداث، كما أن الأفراد المختلفين لا يتكيفون بنفس الطريقة أو بشكل مطلق مع الأحداث والظروف المحيطة بهم. (Diner, E.D, 2010:439)

ثانياً: نظرية القيم والأهداف والمعاني vaues,goals and meanings theory يشعر الأفراد بالرضا عندما يحققون أهدافهم، ويختلف الشعور بالرضا باختلاف الأفراد ودرجة وأهمية تلك الأهداف بالنسبة لهم حسب القيم السائدة في البيئة التي يعيشون بها، وتبين دراسة **Oish 1999** أن الأفراد الذين يدركون حقيقة أهدافهم وطموحاتهم وأهميتها بالنسبة لهم وينجحون في تحقيقها يتمتعون بدرجة أعلى من الرضا عن الحياة مقارنة بهؤلاء الذين لا يدركون حقيقة أهدافهم أو الذين تتعارض أهدافهم، مما يؤدي إلى الفشل في تحقيقها والشعور بعدم الرضا، ويعتمد تحقيق الأهداف على الاستراتيجية المتبعة في تحقيقها والتي تتلاءم مع شخصية الأفراد، وتختلف هذه الأهداف باختلاف المراحل العمرية للأفراد وأولوية هذه الأهداف بالنسبة لهم (عادل سليمان، ٢٠٠٣ : ١٦)

ثالثاً: نموذج المقارنة الاجتماعية **Social comparison model** بين إسترلين **Easterlin 2001** أن الأفراد يقارنون أنفسهم مع الآخرين ضمن الثقافة الواحدة، ويكونون أكثر سعادة إذا كانت ظروفهم أفضل ممن يحيطون بهم، فالمقارنة تخلق درجات مختلفة من الرضا ضمن المجتمع والثقافة الواحدة، والرضا عن الحياة يعتمد على المقارنة بين المعايير الموضوعية أو المتوقعة (الثقافية أو الاجتماعية أو المادية) من ناحية، وما تم تحقيقه على أرض الواقع من ناحية أخرى. وقد تكون المقارنة بين الأفراد أو الجماعات أو الدول المحيطة، وبالتالي تختلف درجة الرضا عن الحياة باختلاف المعايير الذاتية والاجتماعية والاقتصادية. (600: 2004 Heller)

رابعاً **نظرية التقييم: Evaluation Theory** وترى هذه النظرية أن الشعور بالرضا يمكن قياسه من خلال عدة معايير وأحد هذه المعايير يعتمد على الفرد والثقافة والقيم السائدة، كما أن الظروف السائدة تؤثر في درجة الشعور بالرضا : على سبيل المثال فالأفراد عندما يقيمون مدى رضاهم عن الحياة لا يفكرون عادة في قدراتهم الحركية إلا إذا كانوا مع أحد الأفراد الذين يعانون من إعاقة حركية، كما أن الشعور بالرضا أو عدمه لا يرتبط بالعمر الزمني للفرد . ويرتبط الرضا عن الحياة بالمستوى الاقتصادي للأفراد، وبحسب نظرية **ماسلوا** للحاجات، فإن الأفراد في الدول الغنية يفترض أن يكونوا أكثر سعادة ورضا عن حياتهم مقارنة بالدول الفقيرة التي تعاني من نقص مادي والتي تؤثر في إشباع الحاجات الأساسية للأفراد، مما يجعل حاجات الأمن أكثر أهمية في تلك الثقافات، في حين تكون الحاجة إلى الحب وتحقيق الذات أكثر أهمية في الدول الغنية. (عادل سليمان، ٢٠٠٣: ٩٥)

خامساً: **نظرية التقييم الجوهرية للذات core self evaluation theory**

ويُعد صاحب هذه النظرية **judge** ويرى أن التقييم الجزئي لكل الجوانب الخاصة

بأي مجال من مجالات الحياة هو نتاج الشعور النهائي بالرضا عن ذلك المجال الخاص في الحياة مثل العمل أو الأسرة. ومن ثم يتسبب في الشعور العام بالرضا عن الحياة. وقد أثبتت الدراسات أن الرضا عن مجالات مهمة في الحياة مثل: الأسرة أو العمل والصحة تفسر حوالي خمسين بالمائة من التباين في الرضا العام عن الحياة، أما الخمسون بالمائة الباقية فتفسرها الفروق الفردية والأخطاء التجريبية والمتغيرات الدخيلة.

سادسًا: نظرية المواقف: Situational theory ويرى أصحاب هذه النظرية أن الإنسان يرضى عن الحياة عندما يعيش في ظروف طيبة ويشعر فيها بالأمن والنجاح في تحقيق ما يريد من أهداف، فيجد الصحبة الطيبة ويتزوج بالمرأة الصالحة وتكوين أسرة متماسكة ويحصل على عمل جيد مع المعافاة في البدن. ففي هذه الظروف يكون الإنسان راضيًا وسعيًا ومتمتعًا بصحة نفسية. (كمال مرسي، ٢٠٠٠: ٤٧)

سابعًا نظرية الفجوة بين الطموح والانجاز Ambition-Achievement gap theory ويرى أصحاب هذه النظرية أن الإنسان يرضى عن حياته عندما يحقق طموحاته أو عندما تكون إنجازاته وأعماله قريبة من طموحاته. أما عندما تكون طموحاته أعلى من إمكانياته ولا يستطيع تحقيق أهدافه فلا يرضى عن حياته ولا عن نفسه بل يكون ساخطًا متذمرًا من نفسه ومن الحياة، فالطموح الزائد مع ضعف الإمكانيات وعدم القدرة على تحقيق الأهداف يعرض الإنسان للإحباط المتكرر. (عزة عبد الكريم، ٢٠٠٧: ٣٧٧)

ثامنًا: النظرية المتكاملة: integrative theory مع اختلاف النظريات السابقة في تفسير الرضا عن الحياة فإن المتأمل فيها وفي أفكارها يجدها متكاملة

وليست متعارضة لأن عوامل الرضا كثيرة ومتنوعة وتختلف من شخص لآخر، ومن موقف لآخر ومن مجتمع لآخر، فبعض الناس يرضون عن الحياة عندما تكون ظروفهم تسير وفق ما يريدون، وغيرهم يرضون عندما يدركون الخبرات السارة وآخرون يرضون عندما يتحقق طموحاتهم وينجزون أهدافهم وفريق رابع يرضون عن حياتهم عندما يقارنون إنجازاتهم بإنجازات الآخرين ويدركون تفوقهم على غيرهم. (كمال مرسي، ٢٠٠٠: ٤٨)

٣- مرض السكر: عرفت منظمة الصحة العالمية (٢٠١٣) مرض السكر بأنه مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية أو عندما يعجز الجسم عن الإستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، والأنسولين هو هرمون ينظم مستوى السكر في الدم. ويُعد فرط سكر الدم أو ارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جراء عدم السيطرة على مرض السكر، مما يؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في العديد من أجهزة الجسم، خصوصاً في الأعصاب والأوعية الدموية. (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣) أما التعريف العلمي لمرض السكر فهو إختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى إرتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، أو عضوية، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية. ويحدث نتيجة خلل في إفراز الأنسولين في البنكرياس فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه. ويطلق على هذه الحالة "قصور الأنسولين"، أو أن الكمية المفروزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة، ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين، ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين". (محمد عبد الحميد، ٢٠٠٧)

ويصنف مرض السكر إلى نوعين، هما: أولاً: مرض السكر النوع الأول **Type1**

Diabetes وهو السكر المعتمد على الأنسولين، وعادة ما يصيب الأطفال صغار السن والشباب دون ٢٠ سنة، وهو يحدث نتيجة لخلل في الجهاز المناعي بحيث يعجز البنكرياس عن إفراز الأنسولين. وثانياً، مرض السكر النوع الثاني **Type 2 Diabetes** وهو النوع الأكثر شيوعاً، ويشكل ٩٠% من مرضى السكري، ويسمى هذا النوع من مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين، وهو النوع الأكثر إنتشاراً في الكبار فوق ٤٠ سنة، أو المصابين بزيادة الوزن، كما يصيب أحياناً الأطفال فوق العاشرة، وهو يحدث نتيجة عدم قدرة الجسم على إفراز كمية كافية من هرمون الأنسولين، أو وجود كمية كافية من الأنسولين ولكنها غير فعالة مما ينتج عنه إرتفاع السكر في الدم. (Megela, 2016:106)

الدراسات السابقة:

أولاً دراسات السلوك الصحي لدى مرضى السكر. دراسة Rita, 2012

بعنوان نموذج لبرنامج تثقيف صحي لمرضى السكري غير المعتمد على الأنسولين حيث كان الهدف هو تصميم وتطبيق برنامج تثقيف صحي لدى المرضى المترددين على عيادة السكر بإحدى المستشفيات وتدريب ممرضة على القيام بمهمة التثقيف الصحي مستقبلياً وذلك لرفع وعي مرضى السكري وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة عن مرضهم. وتكونت العينة من ١١٠ مريضاً بالسكري وتوصلت النتائج إلى وجود قصوراً في معلومات وممارسات المرضى تجاه معالجة المرض، كما أوضحت نتائج الدراسة وجود بعض المفاهيم الخاطئة لدى المرضى فيما يخص مرض السكري. وفي دراسة شهرزاد نوار عام ٢٠١٣ عن دور المساندة الإجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك والألم العضوي لدى مرضى السكر وذلك على عينة مكونة من ١٢٣ مريضاً مصاباً بمرض السكري من الجنسين (٨٣ إناث-٤٠ ذكور) من مستويات تعليمية مختلفة وتتوزع مدة المرض لديهم بـ (أقل من ٥ سنوات- من ٥ إلى ١٠- أكثر من ١٠ سنوات) وبينت النتائج أن للمساندة الإجتماعية دور في تعديل العلاقة بين السلوك

الصحي والألم العضوي لدى المرضى، وكانت الفروق واضحة في المساندة الاجتماعية بين الجنسين، ولا توجد فروق حسب مدة المرض. بينما توصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق في السلوك الصحي والألم العضوي تبعاً لمتغيري الجنس ومدة المرض. وفي عام ٢٠١٤ قام عبد الكريم قريشي بدراسة الإتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع وذلك على عينة قوامها ٢٠٠ مريضاً وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الإتجاه الإيجابي هو الغالب لدى مرضى السكري بنسبة ٥٣% ولا توجد فروق بين الإناث والذكور في الإتجاه نحو السلوك الصحي، كما كان المستوى الاجتماعي والإقتصادي والتعليمي محدداً في إرتفاع الإتجاه الإيجابي نحو السلوك الصحي. كما توجد علاقة إرتباطية دالة وموجبة بين الإتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدين بإعتباره متغير فعّال في برامج التنقيف الصحي للمرضى المزمنين. وتشير نتائج هذه الدراسة بصفة عامة إلى ضرورة التربية الصحية والعلاجية للمرضى المزمنين لتغيير إتجاهاتهم نحو السلوك الصحي إعتقاداً على متغيرات عديدة من أهمها التدين. وفي دراسة أخرى لـ شهرزاد نوار - نرجس ذكري عام ٢٠١٦ عن الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري"دراسة ميدانية بمدينة بورقلة" وذلك على عينة مكونة من ٢٠٥ فرداً من مرضى السكري، أختيروا بطريقة قصدية، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى المرضى المزمنين المصابين بمرض السكري وإلى وجود فروق دالة إحصائياً في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب مدة المرض، بينما كانت الفروق غير دالة في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب النوع. كما تناول Yi,2016 العوامل المختلفة المؤثرة في الإنضباط الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني على عينة مكونة من ٩٤ مريضاً داخل المستشفى تتراوح أعمارهم بين (٤١-٨٩) سنة، وقد استخدم الباحث إستبيان الإنضباط الصحي، العدد التاسع والأربعون ٢٦٦ أبريل ٢٠١٨

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن نسبة عدم الإنضباط الصحي كانت مرتفعة لدى أفراد العينة من حيث عدم إحترام أوقات ومقادير الدواء، كما أن المرضى غير المنضبطين صحياً هم من فئة الشباب وذوي المستوى الإقتصادي المنخفض، كما أن عدم الإنضباط الصحي مرتبط بنقص التربية والتنقيف الصحي لمرض السكري. وفي نفس العام ٢٠١٦ تناول صالح الشريف مستوى الثقافة الصحية لدى عينة من مرضى السكري النمط الثاني: دراسة ميدانية بمدينة بانته حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق في مستوى التنقيف الصحي تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي، النوع، السن، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من ٤١ مريضاً ممن يترددون على المستشفى الجامعي ببانته وعيادات أطباء الغدد الصماء الخاصة، وأظهرت النتائج أن مستوى التنقيف الصحي العام لدى أفراد العينة كان عالياً، وكذلك وجود فروق في مستوى الثقافة الصحية الكلي لدى عينة مرضى السكري النمط الثاني تبعاً لمتغير النوع، إضافة إلى ظهور فروق دالة إحصائياً في مستوى الثقافة الصحية لدى مرضى السكري نمط ٢ تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيين.

ثانياً: دراسات الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري: أجرى Safavi, et

2013 al دراسة هدفت إلى الكشف عن الرضا عن الحياة ومستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بمرض السكري (النوع الثاني) ومعرفة العلاقة بين الرضا عن الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري في إيران. وتكونت العينة من ١٢٣ مريضاً ومريضة بمرض السكري، وتراوح أعمارهم ما بين ٣٠-٧٠ عاماً، وكشفت النتائج عن مستوى منخفض من تقدير الذات ومستوى متوسط من الرضا عن الحياة. كما أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الرضا عن الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري. وفي عام 2016 قام Megela, et al بدراسة هدفها الكشف عن مستوى الرضا عن الحياة لدى المرضى المصابين بمرض السكري وقرحة القدم بالبرازيل، وتكونت العينة من ١١٠ مريضاً ومريضة. وأظهرت النتائج أن الرضا

عن الحياة لدى مرضى السكري كان مرتفعاً، كما أظهرت النتائج وجود فروق في الرضا عن الحياة لدى المصابين بالسكري تعزي لمتغير العمر ولصالح الأقل عمراً. وهدفت دراسة **Zashikhina, 2014** إلى التعرف على مستوى الرضا عن الحياة لدى المراهقين الذين يعانون من الأمراض المزمنة "مرضى السكري-الربو-الصرع" في روسيا والتعرف على مستوى الوضع الاجتماعي والإقتصادي والرضا عن الحياة. وتكونت عينة الدراسة من ١٤٨ مريضاً مصاباً بأمراض مزمنة تم إختيارهم بطريقة عشوائية، وكشفت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الحياة كان مرتفعاً لدى مرضى السكري بينما كان منخفضاً لدى المصابين بالصرع والربو. بالإضافة إلى وجود فروق في الرضا عن الحياة تعزي لكل من العمر لصالح الأقل عمراً والجنس لصالح الذكور. كما بينت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الوضع الاجتماعي والإقتصادي لدى المرضى المصابين بالسكري وبين مستوى الرضا عن الحياة. وفي عام **2015** قام **Reitmeir** وآخرون بمحاولة الكشف عن مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري (النوع الثاني) تبعاً لمتغير النوع في ألمانيا. وذلك علي عينة مكونة من ٨٤٦ مريضاً ومريضة من مرضى السكري تراوحت أعمارهم ما بين ٥٠-٦٣ عاماً، أما متوسط مدة الإصابة فتراوحت ما بين ٨-١٠ سنوات وبلغت نسبة النساء ٤٧%.

وأظهرت النتائج أن هناك فروقاً في مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري تعزي للجنس لصالح الذكور. كما أظهرت النتائج وجود فروق في مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري تعزي لمدة الإصابة ولصالح الأقل مدة. وأظهرت النتائج أيضاً وجود علاقة إرتباطية موجبة بين العوامل الاجتماعية والإقتصادية وعوامل الخطر وبين الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري. بينما أجرى **Miamin 2015** دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني في العراق. وتكونت عينة الدراسة من ١٠٠ مريض ومريضة من مراجعي العيادات الخارجية للسكري في مستشفى مرجان التعليمي في مدينة حلبجا. وكشفت

نتائج الدراسة أن الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري كان متوسطاً ، كما وجدت فروق دالة إحصائياً في الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري تعزي للمستوى التعليمي ولصالح الأقل تعليماً. وعن دراسة القلق كحالة وسمة وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السكري قام **محمد سهيل الغامدي ٢٠١٦** بدراسة عينة مكونة من ٢٠٠ مريض بالسكري ممن يترددون على مركز النخيل الطبي وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة وقد طُبِق عليهم مقياس القلق، مقياس الرضا عن الحياة وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين المجموعتين في الرضا عن الحياة وسمة القلق كما وجد تأثير دال على القلق كحالة لدى مرضى السكري تأثيراً إيجابياً. أما دراسة **Yucel, 2017** أهتمت بدراسة مستوى نوعية النوم ومستوى الرضا عن الحياة والقلق والإكتئاب لدى مرضى السكري (النوع الثاني) في تركيا. وتكونت عينة الدراسة من ٣٠٠ مريضاً ومريضة مصابين بمرض السكري. وكشفت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية النوم ومستوى الرضا عن الحياة كان متوسطاً، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية سالبة بين مستوى نوعية النوم والقلق والإكتئاب وبين مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري. فالمرضى الذين لديهم تدهور في نوعية النوم يعانون من الأرق، مما يؤدي بهم الإحساس بالقلق والإكتئاب وهذا ينعكس سلباً على الرضا عن حياتهم. وضمن الاطار ذاته قام **Spasic, et al** عام 2017 بدراسة هدفها الكشف عن الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري (النوع الثاني) والعوامل المؤثرة به. وتكونت العينة من ٨٦ مريضاً ومريضة من مرضى السكري في مدينة نيش الصربية، وكان متوسط مدة الإصابة بالمرض ٨-١٢ عاماً. وأظهرت النتائج أن الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري كان مرتفعاً لدى المرضى الذين مدة إصابتهم بالسكري أقل من ١٠ سنوات والذين تقل أعمارهم عن ٦٥ عاماً. كما أظهرت النتائج أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري الذكور أفضل

من مستوى الرضا عن الحياة لدى الإناث. بينما لم يكن هناك فروق دالة إحصائياً في الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي .

تعقيب على الدراسات السابقة : نستخلص من نتائج الدراسات التي تناولت السلوك الصحي لدى مرضى السكري أن السلوك الصحي يرتبط ارتباطاً دالاً بمدى الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي، فالأفراد المنضبطين صحياً ينتمون إلى مستويات إجتماعية مرتفعة وكبار السن وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة **Bezie 2016** ، ومن ناحية أخرى فإن مرضى السكري يتبعون السلوك الصحي وفقاً لمدة الإصابة بالمرض فالمرضى الذين طالت مدة الإصابة لديهم أكثر إنضباطاً عن غيرهم باتباع السلوكيات الصحية، كذلك الدور الذي يلعبه المستوى التعليمي لا يقل أهمية عن الدور الذي يلعبه النوع ومدى الإصابة بالمرض والمستوى الإقتصادي حيث يزداد مستوى الثقافة الصحية لدى مرضى السكري نمطاً ٢ تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيين. أما عن الدراسات التي تناولت الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري يلاحظ أن بعض نتائج الدراسات أظهرت أن الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري يختلف تبعاً لمتغيرات: النوع-مدة الإصابة بالمرض-المؤهل التعليمي-العمر. وذلك كما جاء في دراسة **Zashikhina 2014 & Malega** . كما أشارت نتائج بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستوى تقدير الذات والرضا عن الحياة لدى مرضى السكري كما جاء في دراسة **Safavi 2013** . ومن الجدير بالذكر أن الباحثة قد إستفادت من الدراسات السابقة في تحديد الإطار النظري، والإجراءات التي أتبعتها، والأدوات التي أستخدمتها، ومناقشة النتائج. علماً بأن الدراسة الحالية تناولت العلاقة المباشرة بين السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني تلك العلاقة التي لم تتناولها الدراسات السابقة حسب حدود إطلاع الباحثة، ولعل هذا أهم ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة.

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق دالة إحصائياً في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً للنوع
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً للسن
- ٣- توجد فروق دالة إحصائياً في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً لمدة الإصابة بالمرض
- ٤- توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني "الذكور - الإناث"

منهج وإجراءات الدراسة: (١) منهج الدراسة: أعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن لأنه المنهج المناسب لطبيعة الدراسة ولأنه يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها كيفياً أو كمياً.

(٢) عينة الدراسة: تتكون عينة الدراسة من ١٠٠ من المرضى المصابين بمرض السكري من النوع الثاني والمترددین على عيادة السكر "الغدد الصماء"، والذين قاموا بمراجعة المستشفى من أجل طلب المساعدة والعلاج. وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين الأولى: ٥٠ مريضاً بالسكري من النوع الثاني، والثانية: ٥٠ مريضة بالسكري من النوع الثاني. وتوضح الجدول التالية توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغيراتها.

جدول (١) يوضح المقارنة بين مجموعتي الدراسة تبعاً لمتغير السن

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	عينة الإناث		عينة الذكور		السن
		ع	م	ع	م	
الفرق غير دال	٠.٤٤٩	١١.٢٠	٤٧.٠٢	١١.٠٢	٤٦.٩٢	

يتضح من الجدول السابق أن الفرق بين عينة الذكور والإناث وفقاً لمتغير

السن غير دال.

جدول (٢) توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير السن

مجموعة الإناث		مجموعة الذكور		السن
%	ك	%	ك	
%٤٢	٢١	%٤٢	٢١	أقل من ٤٥ عاماً
%٥٨	٢٩	%٥٨	٢٩	٤٥ عاماً فأكثر
%١٠٠	٥٠	%١٠٠	٥٠	المجموع

يتضح من الجدول السابق تساوي الأعداد في مجموعتي الدراسة وفقاً لمتغير السن

جدول (٣) توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض

مجموعة الإناث		مجموعة الذكور		مدة الإصابة بالمرض
%	ك	%	ك	
%٦٨	٣٤	%٦٤	٣٢	أقل من ٧ سنوات
%٣٢	١٦	%٣٦	١٨	٧ سنوات فأكثر
%١٠٠	٥٠	%١٠٠	٥٠	المجموع

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية بين عينة الذكور والإناث

في متغير مدة الإصابة بالمرض.

(٣) أدوات الدراسة: أولاً مقياس السلوك الصحي : "من إعداد الباحثة"

وقد تكون المقياس في صورته الأولية من ٥٠ بنداً ويشمل أربعة أبعاد وهي:
البُعد الأول: بُعد النظام الغذائي. ويشير هذا البُعد إلى قياس الدرجة التي يختار فيها الفرد غذاءه بطريقة تتسجم مع المعايير الدولية للغذاء المناسب كالمحافظة على تناول المأكولات الغنية بالبروتين وتقليل نسبة الأملاح والسكر في الطعام وتناول المأكولات الصحية. أما **البُعد الثاني وهو بُعد العناية بالصحة الجسدية** ويشير هذا البُعد إلى قياس السلوكيات التي تساعد الفرد في تجنب أو التنبيه إلى الأمراض المبكرة ، والمحافظة على لياقة بدنية من خلال ممارسة بعض الأنشطة الرياضية والإهتمام بنظافة الأسنان وضغط الدم والفحص الدوري بانتظام. أما **البُعد الثالث هو بُعد استخدام العقاقير** ويشير هذا البُعد إلى قياس درجة قيام الفرد بوظائفه الحيوية دون استخدام العقاقير الكيماوية غير اللازمة والتي قد تهدأ من نشاط جهازه العصبي. وأخيراً **البُعد الرابع: البُعد النفسي والاجتماعي** ويشير هذا البُعد إلى قياس درجة وعي الفرد وتقبله لمشاعره وسيطرته عليها واستغلال عقله لأقصى درجة ممكنة ومدى إرتباطه بالآخرين والإعتماد عليهم أو التأثير فيهم وإستقرار حياته العاطفية والقدرة على إصدار الأحكام. أما عن **طريقة الإستجابة:** فقد تم إعداد تعليمات للمقياس توضح طريقة الإستجابة على فقرات المقياس، وهي تهدف عموماً إلى ضمان التطبيق الجيد للأداة، بالإضافة إلى وضع بدائل الإجابة وفق سلم ليكرت وتمثلت في أن دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً

الخطوات التي قامت بها الباحثة عند تصميم مقياس السلوك الصحي:

١- تم الإطلاع على التراث النظري ومجموعة من الإختبارات التي تناولت السلوك الصحي في رسائل الماجستير والدكتوراة والأبحاث العلمية. والمبرر الذي جعل الباحثة تقوم بتصميم مقياس السلوك الصحي هو أن المقاييس التي توافرت في

الأبحاث والرسائل العلمية تم تصميمها على عينات مختلفة عن عينة البحث الحالي وفي ثقافات لا تناسب البيئة المصرية.

٢- تم الإستناد عن وضع أبعاد السلوك الصحي إلى المتغيرات المؤثرة في السلوكيات الصحية والتي تتمثل في الأهداف الشخصية، الأعراض المدركة، العوامل المعرفية...ومن خلال العصف الذهني.

٣- تم تحديد تعريف إجرائي للمقياس بناءً عليه تم وضع أربعة أبعاد أساسية، وصياغة ٥٠ فقرة في المقياس موزعة على هذه الأبعاد وصيغت جميع الفقرات في الإتجاه الإيجابي.

٤- تم القيام بتجربة فهم الألفاظ على عينة مكونة من مرضى السكر من النوع الثاني عددها ٥٠ للتأكد من فهم الفقرات، وكانت نسبة الفهم ١٠٠% وبالتالي لم يتم حذف أي فقرة.

٥- حساب الصلاحية السيكومترية للمقياس : فقد تم حساب الثبات والصدق بعدة طرق كما يلي:

أولاً صدق المحكمين : تم حساب صدق المحكمين من خلال عرض المقياس على عدد (٥) من المحكمين وقد تم الأبقاء على الفقرات التي أتفق عليها ٨٠% من المحكمين، وقد تم تعديل بعض الفقرات وحذف بعض الفقرات لعدم تحقيقها أهداف المقياس، وبعد القيام بالتعديلات اللازمة للفقرات أصبح المقياس في صورته النهائية مكون من ٤٣ فقرة موزعة على نفس الأبعاد السابقة.

ثانياً صدق الإتساق الداخلي : وذلك من خلال حساب الإرتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للبعد.

جدول (٤) يوضح الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للبعد في مقياس السلوك الصحي.

البعد	الفقرة	قيمة الارتباط	البعد	الفقرة	قيمة الارتباط	البعد	الفقرة	قيمة الارتباط
البعد الأول : بُعد النظام الغذائي	١	٠.٧١٧**	البعد الثالث : استخدام العقاقير	١	٠.٥٨٥**	البعد الثاني : العناية بالصحة الجسدية	١	٠.٥٦٠**
	٢	٠.٥٩٩**		٢	٠.٥٠٨**		٢	٠.٥٩٩**
	٣	٠.٦٦٣**		٣	٠.٦٦١**		٣	٠.٦٦٣**
	٤	٠.٥٦٥**		٤	٠.٥٦٣**		٤	٠.٥٦٥**
	٥	٠.٢٨٩-		٥	٠.٦١٠**		٥	٠.٢٨٩-
	٦	٠.٢١٤-		٦	٠.٤١٣**		٦	٠.٢١٤-
	٧	٠.٥٨٨**		٧	٠.٥٨٣**		٧	٠.٥٨٨**
	٨	٠.٦١٦**		٨	٠.٦٦٩**		٨	٠.٦١٦**
	٩	٠.٦٠٦**		٩	٠.٤٩٦**		٩	٠.٦٠٦**
	١٠	٠.٥٨٢**		١٠	٠.٥٧٣**		١٠	٠.٥٨٢**
	١١	٠.٦٦٦**		١١	٠.٢١١-		١١	٠.٦٦٦**
	١٢			١٢	٠.٦٠٦**		١٢	
	١٣			١٣	٠.٥٨١**		١٣	
	١٤			١٤	٠.٦٩٥**		١٤	
البعد الرابع : البُعد النفسي الاجتماعي	١	٠.٥١٨**	البعد الثاني : العناية بالصحة الجسدية	١	٠.٥٨٥**	البعد الثالث : استخدام العقاقير	١	٠.٥٦٠**
	٢	٠.٥٩١**		٢	٠.٥٠٨**		٢	٠.٥٩٩**
	٣	٠.٥٣٩**		٣	٠.٦٦١**		٣	٠.٦٦٣**
	٤	٠.٦٢٠**		٤	٠.٥٦٣**		٤	٠.٥٦٥**
	٥	٠.٥٨٤**		٥	٠.٦١٠**		٥	٠.٢٨٩-
	٦	٠.٥٤١**		٦	٠.٤١٣**		٦	٠.٢١٤-
	٧	٠.٥٠٦**		٧	٠.٥٨٣**		٧	٠.٥٨٨**
	٨	٠.٥٨٠**		٨	٠.٦٦٩**		٨	٠.٦١٦**
	٩	٠.٦٦٢**		٩	٠.٤٩٦**		٩	٠.٦٠٦**
	١٠			١٠	٠.٥٧٣**		١٠	٠.٥٨٢**
	١١			١١	٠.٢١١-		١١	٠.٦٦٦**
	١٢			١٢	٠.٦٠٦**		١٢	
	١٣			١٣	٠.٥٨١**		١٣	
	١٤			١٤	٠.٦٩٥**		١٤	

ينتضح من الجدول السابق أن: جميع فقرات المقياس دالة عند مستوى ٠.٠١ وهو ما يدل على درجة عالية من الثقة، كما يتكون المقياس بعد حساب صدق الإختبار بطريقة الإتساق الداخلي من ٤٣ فقرة حيث تم حذف الفقرات التي أظهرت عدم دلالة إرتباط بالدرجة الكلية للبعد.

جدول (٥) يوضح حساب الارتباط بين مجموع درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس.

الأبعاد	قيمة الارتباط
بُعد النظام الغذائي	٠.٨٥٦**
بُعد العناية بالصحة الجسدية	٠.٨١٩**
بُعد استخدام العقاقير	٠.٧٥٨**
البُعد النفسي الاجتماعي	٠.٧٣٦**

ثانياً حساب ثبات المقياس : فقد تم حساب الثبات بعدة طرق كالآتي:

أولاً: حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية: تم حساب ثبات التجزئة النصفية (زوجي وفردى) من خلال حساب الارتباط بين نصفي الإختبار وتصحيح

القيمة الناتجة عن الارتباط بمعادلة سبيرمان براون ليعادل ثبات الإختبار ككل، وقد بلغ معامل الثبات النصفى قبل التصحيح ٠.٨١ وبعد إستخدام معادلة سبيرمان براون بلغ معامل الثبات ٠.٩٨ مما يشير إلى ثبات مرتفع لمقياس السلوك الصحي. ثانياً: حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ: تم حساب ثبات الإختبار بطريقة ألفا كرونباخ بإستخدام برنامج SPSS، حيث تم حساب كل بُعد على حدة، وحساب معامل ثبات الإختبار ككل كما هو موضح في الجدول التالي.

جدول (٦) يوضح قيمة معامل ثبات ألفا لمقياس السلوك الصحي

م	الأبعاد	معامل الثبات
١	بُعد النظام الغذائي	٠.٧٦
٢	بُعد العناية بالصحة الجسدية	٠.٦٦
٣	بُعد إستخدام العقاقير	٠.٦٣
٤	البُعد النفسي الإجتماعي	٠.٧٠
٥	الدرجة الكلية	٠.٩٣

يتضح من الجدول السابق إرتفاع معامل ثبات ألفا سواء للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية حيث تراوحت معاملات الثبات من ٠.٦٣ إلى ٠.٧٦ أما معامل ثبات الإختبار ككل بلغ ٠.٩٣.

تصحيح المقياس: يتمثل مفتاح تصحيح مقياس السلوك الصحي بتقدير

العبارات وذلك بإعطاء الدرجات من ١-٥ كمايلي: دائماً = 5 درجات، غالباً = 4 درجات، أحياناً = 3 درجات، نادراً = درجتان، أبداً = درجة واحدة.

جدول (٧) يوضح توزيع فقرات المقياس على الأبعاد الفرعية

أرقام الفقرات	الأبعاد
٣٣-٢٩-٢٥-٢١-١٧-١٣-٩-٥-١	بُعد النظام الغذائي
٤٣-٤٢-٤١-٣٨-٣٤-٣٠-٢٦-٢٢-١٨-١٤-١٠-٦-٢	بُعد العناية بالصحة الجسدية
٣٥-٣١-٢٧-٢٣-١٩-١٥-١١-٧-٣	بُعد استخدام العقاقير
٤٠-٣٩-٣٧-٣٦-٣٢-٢٨-٢٤-٢٠-١٦-١٢-٨-٤	البُعد النفسي الإجتماعي

ثانياً: مقياس الرضا عن الحياة : وهو من تأليف مجدي محمد الدسوقي ١٩٩٩ ويتكون المقياس في صورته النهائية من (٣٠) فقرة تقيس الرضا عن الحياة ، ووضع المقياس تعليمات بسيطة تتضمن أن يجب المفحوص على كل بند من بنود المقياس تبعاً لبدائل خمسة هي: تنطبق تمامًا ٤ درجات، تنطبق ٣ درجات، بين بين درجتان، لا تنطبق درجة واحدة، لا تنطبق أبدًا صفر

تقتين المقياس (الصورة الاصلية) :طبق المقياس على عينة قوامها (ن=٩٠٠) فرد من الجنسين، وقد شملت العينة ثلاثة مستويات عمرية الأول تراوحت أعمارهم الزمنية من (٢٠-٢٢) عامًا من طلاب وطالبات الجامعة، والثاني كانت أعمار أفرادها (٢٤) عامًا فأكثر ويضم طلاب وطالبات الدراسات العليا، والثالث يضم العاملين بالمؤسسات الحكومية وكانت أعمار أفرادها (٣٢) عامًا فأكثر.

جدول (٨) يوضح العينة المستخدمة في تقنين مقياس الرضا عن الحياة

الجنس	الجامعة	الدراسات العليا	العاملون	المجموع
الذكور	١٥٠	٢٥٠	٥٠	٤٥٠
الإناث	١٥٠	٢٥٠	٥٠	٤٥٠
المجموع	٣٠٠	٥٠٠	١٠٠	٩٠٠

أولاً: صدق المقياس : تم حساب الصدق بعدة طرق منها

١-الصدق البنائي أو التكويني: **construct validity** تم حساب الصدق البنائي أو التكويني للمقياس وذلك بحساب ارتباط درجة كل بند من بنود المقياس

بالدرجة الكلية على بقية البنود بعد استبعاد قيمة هذا البند من الدرجة الكلية، واستخدم الباحث عينة قوامها ١٥٠ طالب وطالبة، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط الناتجة بين (٠.٢٦٣)، (٠.٤١٢) وجميع هذه المعاملات دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وتشير إلى إتساق المقياس وصدق محتواه في قياس ما وضع لقياسه.

جدول (٩) يوضح ارتباط درجة كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية

رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم المفردة	مستوى الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠.٢٧٩	٠.٠١	١٦	٠.٤٠١	٠.٠١
٢	٠.٣٠٥	٠.٠١	١٧	٠.٢٩٣	٠.٠١
٣	٠.٢٦٩	٠.٠١	١٨	٠.٣٠٩	٠.٠١
٤	٠.٢٦٥	٠.٠١	١٩	٠.٢٦٣	٠.٠١
٥	٠.٢١١	٠.٠١	٢٠	٠.٣٤٤	٠.٠١
٦	٠.٢٨٣	٠.٠١	٢١	٠.٢٧١	٠.٠١
٧	٠.٣٢١	٠.٠١	٢٢	٠.٢٨٩	٠.٠١
٨	٠.٢٧٧	٠.٠١	٢٣	٠.٢٧٥	٠.٠١
٩	٠.٣١٥	٠.٠١	٢٤	٠.٢٧٨	٠.٠١
١٠	٠.٢٦٧	٠.٠١	٢٥	٠.٣١٦	٠.٠١
١١	٠.٣١٨	٠.٠١	٢٦	٠.٣٢١	٠.٠١
١٢	٠.٣٥٦	٠.٠١	٢٧	٠.٢٨١	٠.٠١
١٣	٠.٤١٢	٠.٠١	٢٨	٠.٣٠٧	٠.٠١
١٤	٠.٢٧١	٠.٠١	٢٩	٠.٣٤٥	٠.٠١
١٥	٠.٢١٢	٠.٠١	٣٠	٠.٢٧٤	٠.٠١

٢- الصدق التمييزي: **Discriminant validity** أجرى الباحث المقارنة

الطرفية بين مرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة مستخدماً في ذلك مجموعة كلية قوامها (٢٠٠) طالب وطالبة من بين طلاب وطالبات الدراسات العليا وذلك بحساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى من ٢٧%، ودرجات أدنى من ٢٧% حيث بلغت قيمة النسبة الحرجة (٢٠.٤٠) وتشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين.

جدول (١٠) يوضح دلالة النسبة الحرجة

مجموعة	ن	م	ع	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
مرتفعو الرضا عن الحياة	٥٤	٢١.١٨	٣.١٢	٢٠.٤٠	٠.٠١	لصالح المجموعة الثانية
منخفضو الرضا عن الحياة	٥٤	٤٧.٩١	٥.١٢	٢٠.٤٠	٠.٠١	لصالح المجموعة الثانية

ثانياً: ثبات المقياس : تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية :

١- طريقة إعادة التطبيق: **Test- Retest method** تم تطبيق المقياس

ثم إعادة تطبيقه مرة أخرى بفاصل زمني قدره شهر على أفراد العينة (طلاب جامعة - طلاب الدراسات العليا - العاملون) وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيقين الأول والثاني لكل مجموعة على حدة، والجدول الآتي يوضح معاملات الثبات على عينات مشتركة من الذكور والإناث أفراد عينة التقنين.

جدول (١١) يوضح معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق

العينة	ن	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
طلاب جامعة	١٠٠	٠.٦٩٤	٠.٠١
طلاب دراسات عليا	١٠٠	٠.٧١١	٠.٠١
العاملون	٧٠	٠.٨٠٣	٠.٠١

ويتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة عند

مستوى (٠.٠١) مما يشير إلى توافر شرط الثبات بالنسبة للمقياس .

٢- طريقة التجزئة النصفية : **Split- half method** تم حساب معامل

الارتباط بين درجات البنود الفردية ودرجات البنود الزوجية لكل عينة، وبعد ذلك تم تصحيح معاملات الارتباط الناتجة باستخدام معادلة سبيرمان - براون.

جدول (١٢) يوضح معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية

العينة	ن	معامل ارتباط النصفية	معامل ثبات المقياس	مستوى الدلالة
طلاب الجامعة	١٠٠	٠.٧٠	٠.٨٢	٠.٠١
طلاب الدراسات العليا	١٠٠	٠.٦٩	٠.٨٢	٠.٠١
العاملون	٧٠	٠.٦٦	٠.٨٠	٠.٠١

ويتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ثبات المقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية مرتفعة، وأن الصورة التي تكشف بها معاملات الثبات عن نفسها إنما تؤكد عدم جدوى التشكك في صلاحية استخدام هذا المقياس على المراحل العمرية الثلاث .

التقنين في الدراسة الحالية :-أولاً الثبات: تم حساب ثبات مقياس الرضا عن الحياة، بطريقة التقسيم النصفية للاختبار "زوجي وفردى" على عينة عددها ٣٠ (مريض ومريضة) تتوافر فيهم خصائص عينة الدراسة الأصلية، وقد صُحِّحت معاملات الارتباط الناتجة بمعادلة (سيبرمان- براون) لرفع معاملات الثبات إلى ما يتوقع أن تكون عليه حيث إن طريقة التقسيم تخفض هذه المعادلات.

جدول (١٣) يوضح نتائج معامل الارتباط بين نصفى كل مقياس فرعي

ومعامل الثبات المقابل له بالنسبة الذي يبلغ عددها ٣٠ ثلاثون.

العينة	ر	معامل الثبات
السعادة	٠.٧٢	٠.٧٩
الاجتماعية	٠.٦٥	٠.٧٥
الطمأنينة	٠.٧٢	٠.٨٤
الاستقرار النسبي	٠.٧٤	٠.٨٨
التقدير الاجتماعي	٠.٧٩	٠.٩٣
القناعة	٠.٥٩	٠.٧٠

ثانياً الصدق: تم حساب الإرتباطات بين الأبعاد الستة وبين الدرجة الكلية للمقياس وذلك للعينة الكلية.

جدول (١٤) يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
١	٠.٨٦	١٦	٠.٨٧
٢	٠.٤٢	١٧	٠.٣٨
٣	٠.٨٩	١٨	٠.٩٠
٤	٠.٧٦	١٩	٠.٧٢
٥	٠.٧٦	٢٠	٠.٧٨
٦	٠.٨٢	٢١	٠.٨٣
٧	٠.٦٩	٢٢	٠.٧٦
٨	٠.٦٩	٢٣	٠.٦٨
٩	٠.٧٨	٢٤	٠.٧٩
١٠	٠.٧٨	٢٥	٠.٧١
١١	٠.٨٩	٢٦	٠.٦٥
١٢	٠.٩٢	٢٧	٠.٩٥
١٣	٠.٩٣	٢٨	٠.٤٥
١٤	٠.٩٠	٢٩	٠.٢٤
١٥	٠.٩٦	٣٠	٠.٤٣

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى

٠.٠١ مما يطمئن على صلاحية المقياس

عرض النتائج ومناقشتها : أولاً : عرض النتائج :

نتائج الفرض الأول: ينص الفرض الأول على أنه توجد فروق دالة إحصائية

في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً للنوع.

جدول (١٥) يوضح نتائج إختبار(ت) في السلوك الصحي بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً للنوع

م	الأبعاد الفرعية	عينة الذكور		عينة الإناث		قيمة "ت"	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
		ع	م	ع	م			
١	بُعد النظام الغذائي	٤.٧٢	٣٢.٠٨	٧.٠٢	٤٤.٢٤	١٠.١٦	٠.٠٠١	لصالح الإناث
٢	بُعد العناية بالصحة الجسدية	٤.٩٠	٣٣.٠٦	٧.٢١	٤٤.٨٤	٩.٥٥	٠.٠٠١	لصالح الإناث
٣	بُعد استخدام العقاقير	٥.٩٦	٣٢.٠٨	٦.٣٤	٤٨.٢٦	١٣.١٣	٠.٠٠١	لصالح الإناث
٤	البُعد النفسي الإجتماعي	٧.٠٥	٤٤.٢٤	٥.٢٨	٤٧.٨٦	٢.٩١	٠.٠١	لصالح الإناث

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين عينة الذكور وعينة الإناث في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس السلوك الصحي في إتجاه عينة الإناث.

جدول (١٦) يوضح نتائج إختبار(ت) في الرضا عن الحياة بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً للنوع

م	الأبعاد الفرعية	عينة الذكور		عينة الإناث		قيمة "ت"	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
		ع	م	ع	م			
١	السعادة	٤.٢٨	١٢.٨٠	٤.٦٥	١٨.٩٦	٦.٨٩	٠.٠٠١	لصالح الإناث
٢	الاجتماعية	٣.٤١	١٣.٢٢	٦.٤٦	١٨.٥٢	٥.١٢	٠.٠٠١	لصالح الإناث
٣	الطمأنينة	٣.٢١	١٤.٩٢	٢.٩٦	١٤.٩٨	٠.٩٧٠	-----	غير دال
٤	الاستقرار النسبي	١.٦٦	٩.٣٨	٢.٤٠	٩.١٢	٠.٦٢٨	-----	غير دال
٥	التقدير الاجتماعي	٣.٨٦	١٧.٣٢	٣.٨٩	١٧.٣٨	٠.٧٧٣	-----	غير دال
٦	القناعة	٢.٨٢	٨.٦٠	٣.٨٦	١٧.٣٢	١٢.٨٦	٠.٠٠١	لصالح الإناث

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين عينة الذكور وعينة الإناث في مقياس السعادة والإجماعية والقناعة في إتجاه عينة الإناث، في حين لم تظهر فروق في باقي المقاييس.

نتائج الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق دالة إحصائياً في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً للسن.

جدول (١٧) يوضح نتائج إختبار (ت) في السلوك الصحي بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً للسن (عينة الذكور ن = ٥٠)

الأبعاد الفرعية	متغير السن	العدد	المتوسط	الإتحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
بُعد النظام الغذائي	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٣١.٢٣	٤.٤٨	٩.٣٧	٠.٠٠١	٤٥ عاماً
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٤٦.٤٨	٦.٣٨			٤٥ عاماً فأكثر
بُعد العناية بالصحة الجسدية	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٣٢.٧٥	٥.٤٤	٥.٢٣	٠.٠٠١	٤٥ عاماً
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٤٢.٥٧	٧.٨١			٤٥ عاماً فأكثر
بُعد استخدام العقاقير	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٣١.٠٩	٦.٦٠	١١.٥٢	٠.٠٠١	٤٥ عاماً
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٤٩.١٠	٤.٤٥			٤٥ عاماً فأكثر
بُعد النفسي الإجتماعي	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٣٢.٧٥	٥.٤٤	٨.٢٤	٠.٠٠١	٤٥ عاماً
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٤٦.١٩	٦.٠٠			٤٥ عاماً فأكثر

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس السلوك الصحي في إتجاه متغير السن "٤٥ عاماً فأكثر"

جدول (١٨) يوضح نتائج إختبار(ت) فى السلوك الصحي بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً للسن (عينة الإناث ن = ٥٠)

الأبعاد الفرعية	متغير السن	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
بُعد النظام الغذائي	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٣٢.٨٠	٥.٤٣	٦.٨٤	٠.٠٠١	٤٥ عاماً فأكثر
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٤٤.٥٥	٦.٣٥			
بُعد العناية بالصحة الجسدية	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٣٣.٢٤	٤.٥٦	٥.٥٨	٠.٠٠١	٤٥ عاماً فأكثر
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٤٣.٣٣	٨.١٥			
بُعد إستخدام العقاقير	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٣٢.٩٥	٤.٩٣	٦.٩٧	٠.٠٠١	٤٥ عاماً فأكثر
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٤٤.٥٥	٦.٣٥			
البُعد الاجتماعي النفسي	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٣٣.٩٣	٥.٠٠	٧.٩٦	٠.٠٠١	٤٥ عاماً فأكثر
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٤٧.٣٣	٦.٩٠			

من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس السلوك الصحي في إتجاه متغير السن "٤٥ عاماً فأكثر"

جدول (١٩) يوضح نتائج إختبار(ت) فى الرضا عن الحياة بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً للسن (عينة الذكور ن = ٥٠)

الأبعاد الفرعية	متغير السن	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
السعادة	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	١٧.٩٠	٤.٠٢	١.٣٧	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	١٩.٧٢	٥.٠٧			
الإجتماعية	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	١١.٧٦	٢.٩٣	٢.٤٦	٠.٠٠٥	٤٥ عاماً فأكثر
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	١٤.٢٨	٣.٦٥			
الطمأنينة	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	١٤.١٤	٣.٢٣	١.٣٦	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	١٥.٥٧	٣.٥١			
الإستقرار النفسي	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٨.٨٥	١.٥٩	١.٥٤	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٩.٦٦	١.٧١			
التقدير الإجتماعي	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	١٦.٤٧	٣.٠٩	١.٤٦	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	١٨.٢٣	٤.٨١			
القناعة	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٩.٢٣	٢.٣٢	٠.١٨٨	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٩.٠٩	٢.٠٤			

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس الرضا عن الحياة وفقاً لمتغير السن "عينة الذكور" فيما عدا مقياس الإجتماعية في اتجاه ٤٥ عاماً فأكثر

جدول (٢٠) يوضح نتائج إختبار(ت) في الرضا عن الحياة بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً للسن (عينة الإناث ن = ٥٠)

الأبعاد الفرعية	متغير السن	العدد	المتوسط	الإحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
السعادة	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	١٧.٩٠	٤.٠٢	١.٦٩	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	١٩.٧٢	٥.٠٧			
الإجتماعية	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	١١.٧٦	٢.٩٣	١.٩٩	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	١٤.٢٨	٣.٦٥			
الطمأنينة	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	١٤.١٤	٣.٢٣	٠.٩٢٢	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	١٥.٥٧	٣.٥١			
الإستقرار النفسي	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٨.٨٥	١.٥٩	١.٣٣	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٩.٦٦	١.٧١			
التقدير الإجتماعي	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	١٦.٤٧	٣.٠٩	١.٣٦	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	١٨.٢٣	٤.٨١			
القناعة	أقل من ٤٥ عاماً	٢١	٩.٢٣	٢.٣٢	١.١٣	-----	غير دال
	٤٥ عاماً فأكثر	٢٩	٩.٠٩	٢.٠٤			

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس الرضا عن الحياة وفقاً لمتغير السن "عينة الإناث".

نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على أنه توجد فروق دالة إحصائياً

في السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني وفقاً لمدة الإصابة بالمرض.

جدول (٢١) يوضح نتائج إختبار(ت) فى السلوك الصحي بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً لمدة الإصابة بالمرض(عينة الذكور ن = ٥٠)

الأبعاد الفرعية	متغير الإصابة بالمرض	مدة	العدد	المتوسط	الإحتراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
بُعد النظام الغذائي	أقل من ٧ سنوات	٧	٢٥	٤٨.٥٦	٤.٧٤	١٢.٤٨	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٣١.٩٦	٤.٦٥				
بُعد العناية بالصحة الجسدية	أقل من ٧ سنوات	٧	٢٥	٤٣.٢٨	٧.٦٥	٥.٢٢	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٣٣.٣٦	٥.٦١				
بُعد إستخدام العقاقير	أقل من ٧ سنوات	٧	٢٥	٤٦.٤٠	٦.٥٣	٨.٧٠	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٣٠.٨٠	٦.١٣				
البُعد النفسي الإجتماعي	أقل من ٧ سنوات	٧	٢٥	٤٧.٢٠	٤.٦٥	٠.٩٠٣	-----	غير دال
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٤٨.٥٦	٥.٩٠				

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في السلوك الصحي وفقاً لمدة الإصابة بالمرض "عينة الذكور" في إتجاه أقل من ٧ سنوات على جميع الأبعاد فيما عدا البُعد النفسي الإجتماعي

جدول (٢٢) يوضح نتائج إختبار(ت) في السلوك الصحي بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً لمدة الإصابة بالمرض(عينة الإناث ن = ٥٠)

الأبعاد الفرعية	متغير الإصابة بالمرض	مدة	العدد	المتوسط	الإنحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
بُعد النظام الغذائي	أقل من ٧ سنوات	٧	٢٥	٤٥.٠٠	٥.٨٤	٧.٦٩	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٣٢.٩٥	٥.١٦				
بُعد العناية بالصحة الجسدية	أقل من ٧ سنوات	٧	٢٥	٤٣.٤١	٨.١٥	٥.٤٩	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٣٣.١٥	٤.٧٤				
بُعد إستخدام العقاقير	أقل من ٧ سنوات	٧	٢٥	٤٥.٠٠	٥.٨٤	٧.٣٢	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٣٣.٠٨	٥.٦٣				
البُعد النفسي الإجتماعي	أقل من ٧ سنوات	٧	٢٥	٤٨.٣٣	٨.٢٧	٠.٤٥٧	-----	غير دال
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٤٧.٤٢	٥.٦٢				

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في السلوك الصحي وفقاً لمدة الإصابة بالمرض "عينة الإناث" في إتجاه أقل من ٧ سنوات على جميع الأبعاد فيما عدا البُعد النفسي الإجتماعي

جدول (٢٣) يوضح نتائج إختبار(ت) فى الرضا عن الحياة بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً لمدة الإصابة بالمرض (عينة الذكور ن = ٥٠)

الأبعاد الفرعية	متغير الإصابة بالمرض	مدة	العدد	المتوسط	الإحرف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
السعادة	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٨.٣٦	٤.٠٩	٠.٩٦٨	----	غير دال	
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	١٩.٤٨	٥.٢٠				
الإجتماعية	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٢.٧٦	٤.٠٤	٣.٦٣	٠.٠١	أقل من ٧ سنوات	
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٩.٥٩	١.٧٣				
الطمأنينة	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٤.٩٦	٣.٦١	٦.٧٤	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات	
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٩.٥٦	١.٧٣				
الإستقرار النفسي	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٩.٤٨	٤.٠٩	١١.٦٨	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات	
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٩.٢٠	١.٦٠				
التقدير الإجتماعي	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٦.٩٦	٤.٨١	٢.٩٨	٠.٠١	أقل من ٧ سنوات	
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	١٣.٦٨	٢.٦٥				
القناعة	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٣.٦٨	٢.٦٥	٥.٨٥	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات	
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٩.٧٢	٢.٠٩				

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس الرضا عن الحياة وفقاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض "عينة الذكور" في إتجاه أقل من ٧ سنوات فيما عدا مقياس السعادة

جدول (٢٤) يوضح نتائج إختبار(ت) في الرضا عن الحياة بين عينة الذكور وعينة الإناث وفقاً لمدة الإصابة بالمرض (عينة الإناث ن = ٥٠)

الأبعاد الفرعية	متغير الإصابة بالمرض	العدد	المتوسط	الإنحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
السعادة	أقل من ٧ سنوات	٢٥	٢٠.٢٦	٦.٣٤	٥.٧١	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	١١.٣٨	٤.٦٤			
الإجتماعية	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٤.٣٤	٤.٤٦	٢.٥٢	٠.٠٥	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	١١.٣٨	٣.٦٣			
الطمأنينة	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٥.٠٨	٤.٤٦	٣.٢٢	٠.٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	١١.٣٨	٣.٤٢			
الإستقرار النفسي	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٤.٩٦	٢.٥٩	٧.٣٧	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٩.٩٥	٢.٠٧			
التقدير الإجتماعي	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٨.١٣	٤.٤٦	٥.٣٨	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	١١.٣٨	٤.٢٦			
القناعة	أقل من ٧ سنوات	٢٥	١٦.٩٢	٦.٣٥	٥.٣٥	٠.٠٠١	أقل من ٧ سنوات
	٧ سنوات فأكثر	٢٥	٩.٣٩	٢.٣٦			

من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس الرضا عن الحياة وفقاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض "عينة الإناث" في إتجاه أقل من ٧ سنوات .

نتائج الفرض الرابع: ينص الفرض الرابع على أنه توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين السلوك الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني.

جدول (٢٥) يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد السلوك الصحي وأبعاد

الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني "عينة الذكور"

السلوك الصحي الرضا عن الحياة	بُعد النظام الغذائي	بُعد العناية بالصحة الجسدية	بُعد استخدام العقاقير	البُعد النفسي الاجتماعي
السعادة	٠.٣٩*	٠.٤٤*	٠.٣٢*	٠.٦٤*
الاجتماعية	٠.٣٩*	٠.٤٥*	٠.٤٢*	٠.٦٣*
الطمأنينة	٠.٢٥	٠.٢٥	٠.٣٢*	٠.٤٩*
الإستقرار النفسي	٠.٢٣	٠.٣٦*	٠.٤٧*	٠.٥١*
التقدير الاجتماعي	٠.٤١*	٠.٣٣*	٠.٣٣*	٠.٦٥*
القناعة	٠.٣٥*	٠.٣٢*	٠.٣٤*	٠.٥٩*

ويتضح من جدول (٢٥) أنه توجد علاقة إرتباط موجبة بين أبعاد السلوك الصحي وأبعاد الرضا عن الحياة لدى عينة الذكور من مرضى السكر من النوع الثاني

جدول (٢٦) يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد السلوك الصحي وأبعاد

الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني "عينة الإناث"

السلوك الصحي الرضا عن الحياة	بُعد النظام الغذائي	بُعد العناية بالصحة الجسدية	بُعد استخدام العقاقير	البُعد النفسي الاجتماعي
السعادة	٠.٣٦*	٠.٢٣	٠.١٧	٠.٦٤*
الاجتماعية	٠.٣٩*	٠.٣٤*	٠.٤٩*	٠.٥٢*
الطمأنينة	٠.٣٩*	٠.٣٣*	٠.٥٧*	٠.٦٦*
الإستقرار النفسي	٠.٤١*	٠.٠١	٠.٤١*	٠.٣٩*
التقدير الاجتماعي	٠.٦٤*	٠.٥٧*	٠.٢٣	٠.٥٥*
القناعة	٠.٤٧*	٠.٣٧*	٠.٢٠	٠.٤٦*

ويتضح من جدول (٢٦) أنه توجد علاقة إرتباط موجبة بين أبعاد السلوك الصحي وأبعاد الرضا عن الحياة لدى عينة الإناث من مرضى السكر من النوع الثاني

مناقشة النتائج: تشير نتائج الفرض الأول إلى وجود فروق دالة إحصائياً

بين عينة الذكور وعينة الإناث في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس السلوك الصحي وفي مقياس السعادة والاجتماعية والقناعة في إتجاه عينة الإناث، في حين لم تظهر فروق

في باقي المقاييس. وهذا ما أكدت عليه دراسة الداغستاني ٢٠١٠ حول المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي وذلك بهدف التعرف على السلوكيات الصحية المتبعة من طرف الأفراد، وكذلك المعتقدات الصحية التعويضية والتعرف على الفروق في المعتقدات وفق نوع التحصيل وقياس العلاقة الارتباطية بين المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي، وقد هدفت الدراسة أيضاً إلى بناء مقياس المعتقدات الصحية لدى موظفي الدولة وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن سلوكيات الأفراد ترتبط ارتباطاً وثيقاً بما يمرون به من خبرات كما يدركونها وهذه الخبرات تعزز سلوكياتهم باتجاه الصحة النفسية والجسمية، ووجود فروق دالة في المعتقدات الصحية لدى الإناث بشكل مرتفع ودال، فالإناث لديهم معتقدات صحية أعلى من الذكور، بالإضافة إلى وجود بعض الخصائص المميزة لعينة الإناث مثل تناول الفاكهة بانتظام والنوم عدد ساعات كافية وتنظيف الأسنان بانتظام. كذلك توصل عثمان يخلف ٢٠١٠ من خلال دراسة السلوك الصحي وإتجاهاته لدى ٢٩٤ لاعباً من الرياضيين أن هناك إنخفاض واضح في نسبة اللاعبين الذكور الذين يحافظون أو يلتزمون بالممارسات الصحية الإيجابية (القوام- النوم-الوقاية من الشمس-تنظيف الأسنان-عدم التدخين-عدم تناول المنشطات)، بالإضافة إلى عدم التزام نسبة عالية من أفراد العينة الذكور بالأسس الصحية لعادات التغذية والطعام، وإنخفاض نسبة أفراد العينة الذين يتخذون إجراءات صحية وقائية. كما أشار Siddiqui 2013 إلى إختلاف السلوك الصحي حسب النوع، فالإناث أقل ميلاً إلى السلوكيات الخطرة من الذكور وهو ما يفسر إرتفاع نسبة الوفيات لدى الذكور، كما أن الإناث أكثر إصراراً على إستعمال وسائل ومصالح الرعاية الصحية أكثر من الذكور، فالسيدات أكثر قدرة على إكتشاف الجوانب الإيجابية في التعامل مع المرضى. كما أن الإناث قد يعانين من أعراض مرضية أكثر من الذكور مما قد يعكس إلتزامهن

بالسلوكيات الصحية الملائمة. ويمكن تفسير هذه الفرضية وفقاً لنموذج القناعة الصحية الذي ينظر إلى التصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً، ويعتبر النموذج الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الإختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالإتجاهات المتعلقة بالصحة، فإحتمال تنفيذ الأفراد لسلوكيات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كما يتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط. **ثنائى الداغستاني ٢٠١٠** ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً من خلال أن المرأة بطبيعتها الأنثوية وبفطرتها هي أكثر تقديراً للخطر وبذلك أكثر حرصاً على تقادي سلوكيات الخطر وإتباع عوامل الحماية التي تساعد على التحكم في وضعية المرض. أما بالنسبة للرضا عن الحياة فقد جاءت الفروق في ثلاثة مقاييس هي السعادة، الإجتماعية،القناعة في إتجاه عينة الإناث وهو عكس ما جاءت به دراسة **Zashikhina2014** حيث أشارت إلى وجود فروق الرضا عن الحياة بين الجنسين لصالح الذكور كذلك أختلفت مع نتائج دراسة **Spasic2017** وآخرون حيث جاءت نتائج هذه الدراسة لتشير إلى أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري الذكور أفضل من مستوى الرضا عن الحياة لدى الإناث. إلا أن الباحثة ترى أن هذه النتيجة منطقية حيث أن إحساس الرضا عن الحياة يشير إلى تقييم الفرد لمدى صحته النفسية وسعادته في الحياة، ولكي يتمتع الفرد بالصحة النفسية فلا بد أن تتوفر لديه القدرة على التكيف مع الأحداث الصادمة ومواجهتها بقدرٍ كافٍ من المرونة التي تمكنه من إجتيازها بسلام ومواصلة حياته بشكلٍ راضٍ عنه. فالمرونة التي يتمتع بها الفرد في هذا الوقت تؤدي إلى التوافق النفسي والإجتماعي والتوافق هو العمود الفقري للصحة النفسية لأنه يعني الحركة الدينامية التي تتناول السلوك والبيئة بالتغيير

العدد التاسع والأربعون ٢٩٢ أبريل ٢٠١٨

والتعديل مما يؤدي إلى تجاوز المشكلات والعقبات، فيشعر الفرد بإيجابياته وإنجازه ويشعره بالسعادة والرضا عن الحياة وهذا ماجاء نتيجة للفرض الأول حيث شعور الإناث بالقناعة والسعادة والإجتماعية يجعلهم أكثر حرصاً على تفادي السلوكيات الخطرة وذلك نتيجة إتباع السوك الصحي الذي يحميهم من الوقوع في الأمراض أو التحكم في المرض.

وتشير نتائج الفرض الثاني إلى وجود فروق دالة إحصائياً على جميع الأبعاد الفرعية لمقياس السلوك الصحي في إتجاه عينة الذكور ٤٥ عاماً فأكثر وكذلك بالنسبة لعينة الإناث، أما بالنسبة لمقياس الرضا عن الحياة لم تظهر فروق بين المجموعتين وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى أن الذكور المسنين أكثر إلتزاماً بالسلوك الصحي من صغار السن على أساس أنهم أكثر حساسية بالخطر مع التقدم في العمر وأكثر تعرضاً لمضاعفات الأمراض حسب النماذج المفسرة للسلوك الصحي. كما تبين النتائج أن مدة المرض تعتبر عاملاً وقائياً بالنسبة لمرضى السكر، فالأكبر سناً تتوفر لديهم القدرة على التحكم إلى حد ما في المرض وذلك بهدف الإلتزام بظروف العلاج والحماية من مضاعفاته. كما توضح النتائج أن العمر الأكبر لمرض السكر تأخذ بُعداً آخر يساعد المريض على التكيف الأفضل مع المرض وذلك من خلال الإلتزام بالعلاج وإتباع السلوكيات الصحية المناسبة للوضعية المرضية للتحكم في المرض، وأيضاً تحدي الوضعية بهدف عدم التعرض لمضاعفات المرض السلبية، وإذا كان المرضى الذين تزداد أعمارهم عن ٥٠ عاماً أكثر إلتزاماً وتحكماً في تسيير المرض. كما يمكن تفسير النتائج المتوصل إليها أيضاً إلى أن مريض السكر تعود على المرض والمواقف المهددة له وعلاجه بالشكل المناسب فيدفعه ذلك إلى إتباع السلوكيات الصحية المناسبة مما يسمح له بتحدي

المرض لتفادي مضاعفاته رغم ورود حدوثها، كما أن الأكبر سناً أكثر قدرة على الإعتماد على النفس بشكل أفضل ويقل إعتماده على المحيطين به. وهو أيضاً ما تم الإشارة إليه خلال عرض المتغيرات المؤثرة في ممارسة وتغيير السلوكيات الصحية ومنها العمر: حيث أنه يتغير سلوك الفرد الصحي مع التقدم في العمر فالعادات الصحية تكون جيدة في مرحلة الطفولة وتتدهور في مرحلتي الشباب والمراهقة ثم تعود لتحسن مرة أخرى الأعمار المتقدمة. وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن الفرد المصاب حديثاً بالسكري لا يزال يتمتع بصحة جيدة، وأن المرض لم يؤثر على جسمه بشكل ملحوظ، فالأعراض تكون في بدايتها بسيطة ثم تتفاقم مع مرور الوقت، كما يمكن القول بأن المرضى المصابين بالسكري حديثاً لا يزالون يبحثون عن وسيلة للعلاج، على عكس الأكبر سناً يحاولون إستعمال أكبر قدر من الوقاية حتى لا يتفاقم المرض لديهم وتزداد مضاعفات السكر الخطيرة.

أما عن نتائج الفرض الثالث فتشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض في إتجاه المدة الأقل "أقل من ٧سنوات" وذلك على الأبعاد الفرعية لمقياسي السلوك الصحي والرضا عن الحياة وهذا يتفق مع دراسة **Spasic, 2017** والذي أشار من خلال نتائج دراسته إلى أن الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري كان مرتفعاً لدى المرضى الذين مدة إصابتهم أقل من ١٠ سنوات والذين تقل أعمارهم عن ٦٥ عاماً، كما أشارت النتائج إلى أن الرضا عن الحياة يعتبر عاملاً منبئاً قوياً للتكيف مع المرض المزمن، كما يساهم الرضا عن الحياة في تقبل العلاج وتبني سلوكيات جديدة تتلائم مع الحالة الصحية. فنتيجة شعور الفرد برضاه عن الحياة وشعوره بالمساندة من أفراد العائلة التي تعتبر من بين العوامل الأساسية في تقبل العلاج والإلتزام به من خلال مساعدتهم على تناول الأدوية

والإلتزام بالفحوص الدورية والإلتزام بنصائح الأطباء وإرشاداتهم وبذلك إتباع السلوك الصحي المناسب. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء النظرية الحيوية النفسية الإجتماعية التي تربط تطور المرض بالعوامل النفسية الإجتماعية من خلال الدور الكبير الذي يلعبه الرضا عن الحياة بإعتباره متغير وافي من الأحداث السلبية التي يتلقاها الفرد نظراً لإنعكاسها الإيجابي على الصحة. كما يرتبط الرضا عن الحياة بالصحة الجسدية والسعادة النفسية كما أن غيابه يرتبط بزيادة الأعراض المرضية. أي درجة الإندماج الإجتماعي للفرد الذي شأنه تحسين الصحة من خلال دعم السلوك الصحي عن طريق منع الفرد ممارسة سلوكيات غير صحية، فالأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من الرضا عن الحياة يكونوا -في أغلب الأحيان- أكثر تقيداً بالإلتزام بالنظام العلاجي الخاص بهم، وأكثر ميلاً للإستفادة من الخدمات الصحية ولاسيما عندما يحمل أعضاء شبكة العلاقات الإجتماعية التي يرتبطون بها توجهات إيجابية نحو هذه الخدمات، كذلك تتفق نتائج الفرض الحالي مع نتائج دراسة عبد الكريم قريشي ٢٠١٤ والذي أشار إلى أن صغار السن حديثي الإصابة بالمرض من عينة الدراسة أكثر إيجابية من ناحية الإتجاه نحو السلوك الصحي. كما أشارت نتائج دراسة Velickovi وغيرها إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري تعزي لمتغير مدة الإصابة، إذ جاء مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري الذين تراوحت مدة إصابتهم بالمرض (٥سنوات فأقل) أفضل من الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري الذين تراوحت مدة إصابتهم (٦-٥سنوات)، ١٦ سنة فما فوق.

وتشير نتائج الفرض الرابع إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائياً بين بعض أبعاد السلوك الصحي وبين بعض أبعاد الرضا عن الحياة فقد أكدت نتائج

الدراسات السابقة على أن الرضا عن الحياة يرتبط بالتوافق الصحي، فهو يظهر كمنبئ أكثر قوة في علاج الأمراض الجسمية والنفسية والتكيف معها، كما توصلت إلى وجود علاقة طردية ودالة إحصائياً بين الرضا عن الحياة وبين القدرة على التوافق والحالة الصحية. فقد توصل **Clark,2015** إلى أن الأفراد الأكثر رضا عن الحياة هم ذوي عادات صحية جيدة عكس الأفراد الأقل رضا عن حياتهم لا يتمتعون بتلك السلوكيات الخاصة بالرفي الصحي. ووفقاً لتايلور ٢٠٠٧ فإن السلوك الصحي الذي يقوم به الأفراد يهدف إلى تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم من خلال ممارسة عادات صحية إيجابية وطالما تحقق ذلك في جانب من جوانب حياة الفرد يتسبب في الشعور العام بالرضا عن الحياة في باقي جوانب حياته، فالإنسان يرضى عن الحياة عندما يعيش في ظروف صحية طيبة ويشعر فيها بالأمن والنجاح في تحقيق ما يريد من أهداف.

فالسلك الصحي يركز على التدخل من أجل بناء سلوك ينمي الصحة، ويحافظ على الموارد التي يمتلكها الفرد والتي تسمح له بالتغلب على الأمراض والكروب. كما يعتمد على التربية الصحية والتي تهدف إلى سد الفجوة بين معارفنا المتعلقة بالصحة والمرض والعوامل المرتبطة بهما وبين سلوكنا الفعلي في واقع الحياة اليومية. ويرى الباحثين أن هذا السلوك يشمل أفعال الأفراد والجماعات والمنظمات وكذا المحددات والنتائج المترتبة على التغيير الاجتماعي والسياسات الصحية الرامية إلى ترقية أنماط التكيف وتطوير نوعية الحياة. فمرض السكر من الأمراض المزمنة التي ترافق الفرد طيلة حياته، فطبيعة المرض طويل المدى تؤثر على مدى رضاه عن حياته وتحدث في نفس المريض مشاعر القلق والخوف وتجعله ينظر إلى كل خطوة من خطوات العلاج بمزيد من اليأس وعدم الرضا مما ينعكس سلباً على مفهوم الذات

والرضا عن الحياة. وهنا يأتي دور السلوك الصحي الذي يساعد على تحسين الحالة النفسية للمريض ويعطيه أملاً في الحياة لينعم بحياة حسنة، ويسعى من خلالها إلى تحقيق طموحاته في الحياة بدلاً من الإنشغال الدائم بمرضه. ويساهم السلوك الصحي أيضاً في تحسين الحالة الصحية للمريض والتخفيف من معاناته وألمه العضوي.

وتتفق نتائج الفرض الرابع من نتائج دراسة **Reitmeir, 2015 & Jucel, 2017** حيث أشاروا إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين العوامل الإجتماعية والإقتصادية وعوامل الخطر وبين الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري. كما توجد علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى ونوعية النوم والقلق والإكتئاب وبين مستوى الرضا عن الحياة فالمرضى الذين لديهم تدهور في نوعية النوم ويعانون من الأرق يؤدي هذا بهم إلى الإحساس بالقلق والإكتئاب وينعكس ذلك سلباً على الرضا عن حياتهم وكذلك أشارت نتائج دراسة **Safavi,2013** إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الرضا عن الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري.

التوصيات:

في ضوء أهداف الدراسة ونتائجها توصي الباحثة بما يلي :

- ١- زيادة إهتمام مؤسسات المجتمع بمرضى السكر وخاصة وزارة الصحة للإهتمام بنوعية الخدمات الصحية والنفسية المقدمة لهؤلاء المرضى، والعمل على تقديم الدعم والمساندة بكافة أشكالها وأبعادها من أجل تعزيز الثقة بالنفس، والوصول بهم إلى مستوى عالٍ من الرضا عن الحياة.
- ٢- تطوير البرامج التي تستهدف تثقيف العناية بالجسم وخاصة برامج اللياقة والتغذية السليمة.
- ٣- تطوير البرامج الإرشادية (الوقائية والعلاجية) التي تستهدف معالجة السلوكيات السلبية كالتدخين
- ٤- توفير البرامج الصحية التي توفر الرعاية والفحص الطبي السريري الدوري مع التأكيد على غرس الثقافة الصحية لدى جميع الطلاب في المراحل التعليمية المختلفة.
- ٥- تطوير برامج إعلامية كالمنشورات والإعلانات من خلال الوسائط المقروءة والمسموعة.
- ٦- تطوير طرق التثقيف الصحي خصوصاً في مجال الأمراض المزمنة وتنمية الوعي الصحي.

المراجع :

- ١-الاتحاد الدولي لمرض السكري(٢٠١٣).أطلس الاتحاد الدولي لداء السكري.أسترجعت بتاريخ ٢٩ديسمبر ٢٠١٨ من الموقع WWW.idf.org
- ٢-الصالحي شريف(٢٠١٦).مستوى الثقافة الصحية لدى عينة من مرضى السكري النمط الثاني:دراسة ميدانية بمدينة بانتة. *مجلة أنسته للبحوث والدراسات*.١(١٥)،٤٢-٦٣.
- ٣-أماني عبد المقصود(٢٠٠٧).أثر المساندة الوالدية على الشعور بالرضا عن الحياة لدى الأبناء المراهقين من الجنسين،*المؤتمر الرابع عشر مركز الإرشاد النفسي*.جامعة عين شمس.
- ٤-ثناء عيسى الداغستاني(٢٠١٠).المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. *مجلة البحوث التربوية والنفسية*.العدد٢٦، ٨٧-١٢٦
- ٥-سامر جميل رضوان(٢٠٠١).السلوك الصحي والإتجاهات نحو الصحة دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وأمان.*مجلة التربية بجامعة دمشق*. العدد٤، ٧٢-٩٣،
- ٦-شعبان جاد الله(٢٠٠١).العلاقة بين المساندة الإجتماعية وكل من مظاهر الإكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. *مجلة علم النفس*.العدد٥٨، ١٩٩-٢٢١
- ٧-شهرزاد نوار(٢٠١٣).دور المساندة الإجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري.*مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية*. العدد١٣، ١٣٩-١٦٢
- ٨-شهرزاد نوار، نرجس زكري(٢٠١٦).الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري"دراسة ميدانية بمدينة ورقلة". *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. ٢(٢)، ٨٥-١٠٨

- ٩- شيلي تايلور: ترجمة: بريك، وسام درويش، داود فخري (٢٠٠٨). *علم النفس الصحي*. دار الحامد للنشر. عمان.
- ١٠- عادل سليمان (٢٠٠٣). *الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من مديري المدارس الحكومية ومديرياتها بمحافظة فلسطين*. رسالة ماجستير. جامعة النجاح الوطنية. فلسطين
- ١١- عبد الكريم قريش (٢٠١٤). *الإلتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع*. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية. العدد ١٧ ديسمبر ٢٠١٤، ٢٧٩-٢٩٤
- ١٢- عثمان يخلف (٢٠٠١). *الأسس النفسية والسلوكية للصحة*. دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع. الدوحة
- ١٣- عزة عبد الكريم (٢٠٠٧). *أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين المصريين*. مجلة دراسات نفسية. ١٧ (٢)، ٣٧٧-٤٢١
- ١٤- عطية أحمد (٢٠٠٦). *التحصيل الأكاديمي وعلاقته بالدافعية للإنجاز والرضا عن الدراسة لدى طلاب جامعة الملك فهد*. مجلة أطفال الخليج لنوي الإحتياجات الخاصة. العدد ٢، ١٢٩-١٤٦
- ١٥- كمال إبراهيم مرسى (٢٠٠٠). *السعادة وتنمية الصحة النفسية*. الجزء الأول. دار النشر للجامعات. القاهرة
- ١٦- مجدي محمد الدسوقي (١٩٩٩). *مقياس الرضا عن الحياة*. كتيب التعليمات. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- ١٧- محمد عبد الحميد (٢٠٠٧). *مرض السكري: أسبابه، مضاعفاته، علاجه*. الرياض. جامعة الملك سعود.

- ١٨- محمد سهيل الغامدي (٢٠١٦). *القلق كحالة وسمة وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السكري*. رسالة ماجستير. كلية العلوم الإجتماعية والإدارية. جامعة الملك نايف العربية للعلوم الأمنية.
- ١٩- منظمة الصحة العالمية (٢٠١٣). *التقرير الخاص بالصحة: بحوث التغطية الشاملة*. أسترجمت بتاريخ ٥ نوفمبر ٢٠١٧ من الموقع WWW.who.int
- ٢٠- يوسف الكندري (٢٠٠٣). *الثقافة-الصحة-المرض: رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة*. جامعة الكويت.

21-Alba.E., Perez.F. (2008). *Diabetes Mellitus Psychological Factors*. *Bulitin Delsicologia*. 8 (2).32-53

22-Albright, T., L. (2011). *Predictors of Self Car Behavior in Adults with Type2 Diabetes: An RRnest Study*, *Fam.Med*, 33(5), 354-360

23-Bonomi,A.,Patrick,D.,and Bushnell,D.(2002).Validation of the United States Version of World Health Organization,Life Satisfaction (WhoQol) Instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(1), 1-12

24-Bruchon-Schweitze, M. (2002). *Handbook of Health Behavior*, Research3. Demography. Development and Diversity Springer.New York.

25-Colleen, A., et al (2000).Health Behavior Models.The International Electromic, *Journal of Health Education*, 3,180-193

26-Diner,E.,D.,and Rahtz,D.,R.(2010). *Advances in Quality of Life Theory and Research*, Kluwer Academic Publications,Boston.

27-Heller, D. (2004): the Role of Person versus Situation in Life Satisfaction: Acriticle Examination, *Psychological Bulletin*, 130(4), 574-600

28-International Diabetes Federation (2013). Diabetes Atlas.Executive Summary, Brussels, *International Diabetes Federation*, Second Edition.

29-Magela, S., Donota, M.Blanes, L., Masaka, F. (2016).Life Satisfaction in Patients with Diabetes Mellitus and Foot Ulcers. *Journal of Tissue Viability*.20 (3), 100-106

30-Miamin, A., and Tukmagi, H. (2015). Life Satisfaction of Diabetes with Type2 Mellitus in Al-hilla City-Iraq. *Journal of Pharmaceutical Sciences*.23 (2), 99-103

31-Reitmeir, P., Ladwing, K.,H., Greiser, G., Tamyo, T. (2015). Health-Related Life Satisfaction in Women and men with type2 Diabetes: A Comparison Across Treatment Groups. *Journal of Diabetes and its Complications*.1 (2), 203-211

32-Safavi, M., Samadi, N., Mahmoodi, M. (2013).Effect of Life Satisfaction in Provement on type2 Diabetes Patients, Self-Esteem.Saudi. *Medical Journal*, 32(9), 3-7

33-Siddiqui, M., Khan, M., Carline, F. (2013).**Gender Differences in Living with Diabetes Mellitus**, *Mater Sociomed*. 25(2)10-14

34-Spasic,A.,Velickovic,R.,Dordevic,A.,Nikola,S.,and Tatjana,C.(2017).Life Satisfaction in type2 Diabetes Patients,*ACA Facultatis Medicae*. Naissensis, 31(3), 193-200

35-Taylor, S., E. (2003).**Health Psychology**.5ed, New York, Mc.Graw-Hill

36-yi,G.,Vitaliano,P.(2016).the Role of Resilience on Psychological Adjustment and Physical Health in Patients with Diabetes. *British Journal of Health Psychology*.13 (2), 311-325

37-Yucel, C., and Guler, E. (2017).Investigation of Sleep Quality, Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Patients with Diabetes Mellitus. *International Journal of Diabetes*. 35(1), 39-46

38-Zashikhina, A., and Hagglof, B. (2014). Life Satisfaction in Adolescents with Chronic Physical Illness

Controls in northern Russia, *International Journal of Adolescents Medicine and Health*.1 (3), 1-7

39- أسترجعت بتاريخ <http://WWW.alnodom.com/index.php>

١٣ مارس ٢٠١٧

**Health Behavior and Its Relationship to Life Satisfaction a
Sample of Type Two Diabetics in the Light of Some
Demographic Variabels Correlational and Comparative
Study”**

Dr. Heba Fathy El-Nady

**Lecturer of Psychology – Faculty of Arts – Ain Shams
University**

This study devoted to explore the relationship between Health Behavior and Life Satisfaction a Sample of Type Two Diabetics in the Light of Some Demographic Variabels. And to explore difference in Health Behavior and Life Satisfaction in The Sample of Type Two Diabetics with variables (gender- Age - duration of disease). A sample consisted of 100 patients of Type Two Diabetic (50 males – 50 females). Were used two Scales: Health Behavior Scale was prepared by researcher. The other Scale Life Satisfaction Scale was prepared by Magdy El Desouki (1999). Results: revealed that there is positive asignificant correlation between the Sub Dimensions of the Health Behavior and Sub Dimensions of the Life Satisfaction. And differences in health behavior according to the age variable in favor of 45 years and more. And there were Differences in health behavior and life satisfaction according to the duration of disease variable in favor of less than 7 years.